

**FABIANO LUIZ ERZINGER**

**BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS  
ARTERIAIS**

**CURITIBA  
2009**

**FABIANO LUIZ ERZINGER**

**BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS  
ARTERIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Clínica Cirúrgica.

Orientador: Prof. Dr. Jorge R. Ribas Timi

Coordenador: Prof. Dr. Antonio Carlos L. Campos

**CURITIBA**

**2009**

## FICHA CATALOGRÁFICA

---

Erzinger, Fabiano Luiz

- E73 Base eletrônica de dados clínicos e cirúrgicos dos aneurismas arteriais / Fabiano Luiz Erzinger.—Curitiba, 2009.  
119f. : il.; gráfs.

Orientador: Jorge R. Ribas Timi

Dissertação(mestrado)- Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica.

Defesa: Curitiba, 2009.

Inclui referências

1. Aneurisma. 2. Informática na Medicina. 3. Teses.
4. Banco de dados. I. Timi, Jorge R. Ribas. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica. III. Título

616.133 CDD 21.ed.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA  
NÍVEIS: MESTRADO E DOUTORADO

Ata do julgamento da 345ª dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, referente ao aluno **Fabiano Luiz Erzinger** com o título Base Eletrônica de Dados Clínicos e Cirúrgicos dos Aneurismas Arteriais, na Linha de Pesquisa: Protocolos Eletrônicos em Cirurgia Área de Concentração: Informática no Ensino e na Pesquisa em Cirurgia tendo como orientador Prof. Dr. Jorge Rufino Ribas Timi.

Às oito horas e trinta minutos do dia vinte e três de março de dois mil e dez, no auditório da CTCV no 7º andar do prédio central sala 702 do Hospital de Clínicas, reuniu-se, em sessão pública, a Banca Examinadora de Avaliação composta pelos Professores Doutores Constantino Miguel Neto, Ruth Maria Graf e Henrique Jorge Stahlke Júnior sendo este último Presidente da Banca. Aberta a sessão, foi apresentada pelo Prof. Dr. Jorge Eduardo Fouto Matias, Vice-Coordenador do Programa, a documentação probatória do cumprimento pelo candidato das exigências legais que lhe facultam submeter-se à avaliação da dissertação como última etapa à sua titulação no Programa. A seguir o Presidente da Banca Examinadora convidou o candidato a apresentar oralmente resumo de sua dissertação no prazo máximo de trinta minutos para demonstração de sua capacidade didática e para melhor conhecimento do tema por parte da audiência composta de professores, médicos, alunos, familiares e demais interessados. Seguiu-se a arguição e imediata resposta pelo candidato, sucessivamente pelos componentes da Banca Examinadora. Obedecido o tempo máximo de vinte minutos para a arguição e igual tempo para cada resposta. Terminada a etapa de arguição, reuniu-se a Banca Examinadora em sala reservada para atribuição das notas, dos conceitos e lavratura do Parecer Conjunto. O candidato foi considerado **APROVADO** considerando-se os parâmetros vigentes estabelecidos pelo programa e regidos pela legislação pertinente da instituição. Voltando à sala de sessão, o Senhor Presidente da Banca Examinadora leu os conceitos do Parecer Conjunto e deu por encerrada a sessão. E para que tudo conste, foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos seguintes componentes da Banca Examinadora de Avaliação.

  
Constantino Miguel Neto

  
Ruth Maria Graf

  
Henrique Jorge Stahlke Júnior

À minha esposa Gilian, exemplo de determinação cujo convívio enriquece a minha alma e me fortalece.

Aos meus pais Wilson e Vilma, por estarem sempre ao meu lado, dando suporte para a realização dos meus sonhos.

À minha filha Maria Fernanda, fonte de inspiração para os momentos difíceis.

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós Graduação em Clínica Cirúrgica, pela oportunidade do conhecimento científico.

Ao Prof. Dr. Jorge R. Ribas Timi, pessoa a quem devo muito da minha formação como médico e crescimento profissional, mais que professor, mais que amigo, pessoa ímpar.

Ao Prof. Dr. Osvaldo Malafaia, pela paciência, confiança e por mostrar-me o exemplo a ser seguido na vida acadêmica e científica.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Ligocki Campos, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da UFPR, pela confiança, ao ter-me aceitado neste Programa.

A minha irmã Daniele W. Erzinger sempre prestativa em amenizar as dificuldades da minha vida.

A Alirio Dias e Iracema Dias pelo cuidado dispensado a minha filha e esposa, na minha ausência.

Aos meus colegas de mestrado Adriana B. de Freitas Brandão, Carla C. Motin, Maria Carolina Colnaghi, Luiz Carlos Costa e Carlos Seme Nejm Jr., pelo apoio nas horas difíceis.

Aos meus colegas de trabalho Alexandre Gustavo Bley, Dante Calmon de Araujo Goes Junior, Diego de Almeida e Isidoro Celso Stanischesk pela compreensão e ajuda sempre quando solicitada.

Ao Dr. Faruk Abrão Kalil Filho, pela atenção dispensada em todos os momentos na confecção desta dissertação.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“A vida só pode ser comprendida olhando-se para  
trás; mas só pode ser vivida olhando-se para à frente.”

Soren Kierkegaard

## RESUMO

**Introdução:** A busca por literatura médica de qualidade é uma preocupação constante dos profissionais da área de saúde. Com a evolução da informática, pode-se efetuar a coleta de dados clínicos através de uma base informatizada, a qual pode ser utilizada na forma de protocolos eletrônicos para a realização de estudos prospectivos. Tais estudos apresentam bom nível de evidência científica, contribuindo assim na melhoria da qualidade dos estudos clínicos e consequentemente da literatura médica disponível. **Objetivo:** Criar uma base de dados abrangente e atualizada dos aneurismas arteriais mais frequentes, informatizar de forma padronizada esta base, adaptando-a, para coleta de dados, sob a forma de um protocolo eletrônico, incorporar este protocolo ao SINPE© (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos) e realizar um projeto piloto, para testar a funcionalidade do protocolo. **Material e Método:** A partir da linha de pesquisa chamada Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos, criou-se uma base de dados inicialmente de todas as doenças vasculares e posteriormente dos aneurismas arteriais mais predominantes, através da revisão bibliográfica de livros textos e de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos. A informatização e o armazenamento destes dados foram realizados por um software que viabiliza a transformação da base teórica de dados clínicos, em sistema computadorizado para coleta de dados. **Resultados:** Foi possível criar uma base eletrônica de dados que englobasse aspectos clínicos (anamnese e exame físico), exames complementares, tratamento e evolução de todas as doenças vasculares. Com esta base de dados criou-se um protocolo mestre contendo 5092 itens, com os quais foi possível gerar 22 protocolos específicos dos aneurismas arteriais. Demonstrou-se no protocolo específico do aneurisma da aorta abdominal, a funcionalidade do SINPE© e através de um outro programa o SINPE© analisador, a possibilidade do cruzamento entre qualquer informação que conste nestes protocolos, de acordo com o estudo que se queira realizar. **Conclusões:** Foi possível a criação da base de dados clínicos e cirúrgicos, relacionada aos aneurismas arteriais de maior predominância. Os dados foram informatizados e incorporados no SINPE© possibilitando um meio para coleta de dados de pacientes, assim como o resgate destas informações de forma organizada para uso em estudos científicos, conforme o teste realizado no protocolo específico do aneurisma da aorta abdominal.

Palavras chave: Aneurisma. Base eletrônica de dados. Protocolo eletrônico.



## ABSTRACT

**Introduction:** The search for medical literature with quality is a constant concern of professionals in health. With the evolution of computing, we can make the collection of clinical data through a computerized database, which can be used in the form of electronic protocols for the conduct of prospective studies. Such studies provide good level of scientific evidence, thereby improving the quality of clinical studies and hence the availability of medical literature. **Objective:** To create a broad and updated of more frequent arterial aneurysms, in a standardized way to computerize this basis, adapting it to collect data in the form of an electronic protocol, to incorporate this protocol SINPE © (Integrated Electronics Protocols System) and to carry out a pilot project to test the functionality of the protocol. **Methods and Material:** From the line of research called the Integrated Electronics Protocols System, a database of all first coronary heart disease and then for the most prevalent arterial aneurysms was created through the literature review of textbooks and scientific articles published the last 10 years. The computerization and storage of these data were performed by a software that enables the transformation of the theoretical basis of clinical data in a computerized system for data collection. **Results:** It was possible to create an electronic database that included clinical aspects (history and physical examination), laboratory tests, treatment and outcome of all vascular diseases. With this database we created a master protocol containing 5092 items, with which it can generate 22 specific protocols of arterial aneurysms. It has been demonstrated in the specific protocol of abdominal aortic aneurysm, the functionality of SINPE © and through another program the SINPE © parser, the possibility of crossing any information given in these protocols, according to the study that we want to perform. **Conclusions:** It was possible the establishment of the clinical and surgical basis related to arterial aneurysms of higher frequency. The data were computerized and incorporated into SINPE © allowing a means for collecting data from patients, as well as the redemption of this information in an organized manner for use in scientific studies, according to the test in the specific protocol of the abdominal aortic aneurysm.

Keywords: Aneurysm. Electronic database. Electronic Protocol.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - APRESENTAÇÃO DO ICONE SINPE©.....	30
FIGURA 2 - SELEÇÃO DA CONEXÃO DO PROTOCOLO.....	31
FIGURA 3 - PREENCHIMENTO DO LOGIN, SENHA E INSTITUIÇÃO.....	31
FIGURA 4 - SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE E O TIPO DE PERMISSÃO DO USUARIO .....	32
FIGURA 5 - TELA DE ABERTURA DO PROTOCOLO.....	33
FIGURA 6 - PROTOCOLO MESTRE .....	34
FIGURA 7 - BARRA DE TRABALHO DO PROTOCOLO MESTRE.....	35
FIGURA 8 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE ANAMNESE. ....	36
FIGURA 9 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE EXAME FÍSICO.....	37
FIGURA 10 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE EXAMES COMPLEMENTARES. ....	37
FIGURA 11 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE DIAGNÓSTICO. ....	38
FIGURA 12 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE TRATAMENTO.....	39
FIGURA 13 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE EVOLUÇÃO .....	39
FIGURA 14 - SELEÇÃO DO TIPO DE PROTOCOLO.....	40
FIGURA 15 - CRIAÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO.....	40
FIGURA 16 - CADASTRO DO NOVO PROTOCOLO ESPECÍFICO.....	41
FIGURA 17 - PROTOCOLO ESPECÍFICO SELECIONADO – ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL.....	42
FIGURA 18 - PROTOCOLO ESPECÍFICO CRIADO.....	43
FIGURA 19 - CADASTRO DE PACIENTES.....	44
FIGURA 20 - COLETA DE DADOS .....	45
FIGURA 21 - NOVA COLETA DE DADOS .....	45
FIGURA 22 - TELA DE COLETA DE DADOS .....	46
FIGURA 23 - TELA DE COLETA DE DADOS .....	47

FIGURA 24 - EXEMPLO DE RESULTADO DE PESQUISA.....	48
FIGURA 25 - RESULTADO DA PESQUISA.....	48
FIGURA 26 - ÍCONE DE ACESSO AO SINPE© ANALISADOR .....	49
FIGURA 27 - TELA PRINCIPAL DO SINPE© ANALISADOR E LOCAL DA BASE DE DADOS JÁ IDENTIFICADA .....	50
FIGURA 28 - SELEÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO .....	51
FIGURA 29 - PROTOCOLO ESPECÍFICO A SER ANALISADO .....	51
FIGURA 30 - FICHA DE ANÁLISE .....	52
FIGURA 31 - GRÁFICOS DE PACIENTES DISTRIBUÍDOS POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E SEXO.....	53
FIGURA 32 - VISUALIZAÇÃO DA PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE CADA ITEM.....	54
FIGURA 33 - PACIENTES ASSINTOMÁTICOS .....	56
FIGURA 34 - EXAMES COMPLEMENTARES .....	57
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA.....	54
GRÁFICO 2 - RAÇA .....	55
GRÁFICO 3 - SEXO .....	55
GRÁFICO 4 - FATORES DE RISCO.....	56
GRÁFICO 5 - PACIENTES SINTOMÁTICOS COM DOR ABDOMINAL .....	57
GRÁFICO 6 - MORFOLOGIA DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.....	58
GRÁFICO 7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	58
GRÁFICO 8 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS

CD-ROM – Compact Disc – *Read Only Memory*

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CFM - Conselho Federal de Medicina

HC – Hospital de Clinicas

PDAs - Personal Digital Assistants

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PC – Personal Computer

RAM – Random Access Memory

SBIS - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde

SINPE – Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos

UFPR – Universidade Federal do Paraná

## LISTA DE SÍMBOLOS

© - Copyright

C# - C-Sharp

® - marca registrada

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 OBJETIVOS	14
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	16
2.1 PESQUISA CLÍNICA	16
2.2 PRONTUÁRIO MÉDICO	18
2.3 DOENÇA ANEURISMÁTICA	21
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b>	23
3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FORMAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS	23
3.2 INFORMATIZAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS PARA CRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS MESTRE E ESPECÍFICO	25
3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DA BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS ARTERIAIS NO SINPE©	26
3.4 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO	28
<b>4 RESULTADOS</b>	30
4.1 PRIMEIRA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DAS DOENÇAS VASCULARES	30
4.2 SEGUNDA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO DOS ANEURISMAS ARTERIAIS	40
4.3 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO	54
<b>5 DISCUSSÃO</b>	60
5.1 INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS CLÍNICOS	60
5.2 CONFECÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS ARTERIAIS	63
5.3 CONFECÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO	64
<b>6 CONCLUSÕES</b>	66
<b>REFERÊNCIAS</b>	67
<b>APÊNDICE - PROTOCOLO INFORMATIZADO DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS ARTERIAIS</b>	75
<b>ANEXO A- TERMO DE CONCESSÃO DE DIREITO DE USO DO SINPE©</b>	117
<b>ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA</b>	120

## 1 INTRODUÇÃO

Uma preocupação constante dos profissionais da área de saúde, suas sociedades de especialidades médicas e os administradores hospitalares, é a busca por literatura médica de qualidade, que possa ser utilizada como parâmetro na conduta dos médicos e também no auxílio da orientação dos hospitais na compra e na disponibilização de novas tecnologias em prol dos pacientes. (TUNIS, 2003)

Com a evolução da informática ocorrida nos últimos anos e o acesso facilitado a computadores e especialmente à Internet, tornou-se possível o imediato acesso aos mais recentes resultados de pesquisas clínicas. Com essas facilidades é possível aplicar a medicina baseada em evidências, que é o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. (ATALAH, 2004) Daí a importância de contínuos estudos clínicos de qualidade para que ocorra um maior desenvolvimento científico no campo da medicina, sobretudo na área cirúrgica.

A maioria dos hospitais de grande porte possui numerosas bases de dados diretamente ligadas à área administrativa, operacional e financeira (SIEGEL, 1987), entretanto as voltadas para a atividade clínica inicialmente estavam, na sua maioria, relacionadas aos exames complementares, de laboratório, farmácia ou aos departamentos de imagem. (KAHN, 1994)

Quando se refere ao grau de desenvolvimento tecnológico dos serviços de saúde brasileiro, principalmente na área hospitalar é muito heterogêneo, e neste contexto, o prontuário médico é um dos últimos itens a ser informatizado, seja por problemas econômico-financeiros, culturais, como a resistência do próprio usuário (médico, enfermeiro) ao uso da informática ou problemas técnicos, como *software* não adequados. (SILVA & NETO, 2007)

Existe a tendência dos grandes centros médicos em implantar o prontuário eletrônico do paciente (PEP) em substituição aos arquivos tradicionais em papel, pois estes além de ocuparem um grande espaço físico, dificultam também o acesso às informações contidas, podendo ser facilmente extraviadas. Com a utilização de prontuários eletrônicos, consegue-se obter uma melhor interpretação e compreensão do quadro clínico pela utilização de recursos multimídia tais como fotos, filmes, digitalização de exames, etc., elevando a qualidade das informações que poderão ser utilizadas (NUNES, 2005), tais informações ainda poderão ser

acessadas de qualquer lugar do mundo, de maneira simultânea por vários médicos e auxiliando na procura de dados para pesquisa. (CUPAK & GABRIC, 1991; AFRIN et al., 1997; EMBI et al., 2004) Tais prontuários são úteis também como instrumento facilitador de auditorias e de avaliação das contas médicas. (MEC, 2004)

O gerenciamento devido ao volume das informações provenientes dos pacientes é imenso e para a prática médica um problema. Haynes (1998 apud SIGULEM, 1997) mostrou que os profissionais têm dificuldade na coleta de informações clínicas, de trabalhar com raciocínio clínico lógico, de manter-se atualizado. Na tentativa de solucionar estes problemas os profissionais acabam na maioria das vezes recorrendo aos colegas de trabalho e à literatura básica que por sua vez são livros de referência que estão frequentemente desatualizados. (CURLEY & CONNELLY & RICH, 1990 apud SIGULEM, 1997)

Decisões feitas sem boas informações podem ser decisões apropriadas ou podem ser muito inapropriadas. (PAHO, 1999) A necessidade e valor da informação relacionam-se diretamente à sua contribuição para o tomador de decisão. A disponibilidade de informação adequada e relevante é o ingrediente essencial que transforma a decisão em uma decisão fundamentada e esta decisão tem maior possibilidade de ser correta.

No auxílio para tomada de decisão na área de saúde tem-se utilizado os protocolos médicos. Estes são documentos que descrevem a seqüência do processo de atendimento de um paciente em relação à sua enfermidade ou estado de saúde. (REYES, 2003) Fornece informações visando a maior segurança na aplicação ao paciente de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, auxiliando quando necessário até mesmo no respaldo jurídico. (HINOJAL & GALA, 1996)

Ainda são poucos os protocolos desenvolvidos com finalidade exclusivamente clínica, sendo que as bases de dados com esse perfil estão em grande parte instaladas em hospitais universitários, devido à preocupação com ensino e pesquisa.

Quando os protocolos são informatizados, ditos eletrônicos, facilitam a obtenção de informações e contribuem na redução de erros durante a coleta de dados, auxiliam também na diminuição da quantidade de papel e os seus custos relativos, ainda com a possibilidade de publicar os protocolos na internet e realizar trabalhos multicêntricos, os quais diminuem a possibilidade de “tendências” nos



resultados. (GRIMSHAW & RUSSEL, 1993; AFRIN et al., 1997; BELTRÃO et al., 2002)

O desenvolvimento de um banco de dados, na forma eletrônica dos pacientes internados com aneurismas arteriais, pode vir a facilitar futuras pesquisas clínicas sobre esse assunto, pois as doenças arteriais aneurismáticas possuem a característica de apresentarem uma grande variabilidade quanto à apresentação clínica, uma vez que o diagnóstico da doença pode variar desde uma situação de emergência com risco de perda de membro e até mesmo de vida, ou então a doença pode ser descoberta durante exames de rotina ou até mesmo durante o estudo de uma outra doença. Da mesma maneira o tratamento também pode ser muito amplo, por exemplo, em situação eletiva pode ser clínico, somente sendo necessário o acompanhamento ambulatorial do paciente, pode ser cirúrgico aberto, cirúrgico endovascular, o qual necessita de alta tecnologia como aparelho de angiografia digital e uso de endopróteses, ou até mesmo de técnicas cirúrgicas que utilizem os dois métodos, chamados de procedimentos híbridos.

Um exemplo do uso de protocolos eletrônicos em nosso país foi o apresentado no Simpósio Internacional de Gestão do Conhecimento, ocorrido em 2003, onde se constatou inicialmente a sua aplicabilidade na medicina e após, verificou-se que poderia ser estendido às outras áreas da saúde, ainda com a possibilidade de serem acoplados ao PEP. (MALAFAIA & BORSATO & PINTO, 2003)

## 1.1 OBJETIVOS

Este trabalho tem os seguintes objetivos:

1. criar uma base de dados abrangente e atualizada dos aneurismas arteriais mais freqüentes localizadas em 22 artérias;
2. informatizar de forma padronizada esta base adaptando-a em um programa específico (software) chamado de Protocolo Multiprofissional das Doenças Vasculares, para coleta de dados;
3. incorporar este dispositivo ao Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©);

4. realizar um projeto piloto, para testar a funcionalidade do protocolo e do módulo analisador do Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 PESQUISA CLÍNICA

Os profissionais da saúde diariamente trabalham com uma grande quantidade de informação, sejam elas fornecidas pelos pacientes ou então as originadas das publicações biomédicas, as quais são utilizadas para ampliar o conhecimento médico, estes dados encontram-se em contínuo aumento com mais de 200.000 publicações ao ano. Tais informações são revertidas e aplicadas em benefícios de outros pacientes. Desta maneira a qualidade e a eficácia da assistência, dependem diretamente da facilidade do acesso, da confiabilidade e da manipulação destas informações. (FRIEDMAN, 1994)

Se essas informações estiverem disponíveis a todos os médicos, pode-se aplicar a medicina baseada em evidências, que viabiliza a produção de diretrizes para o atendimento das doenças existentes em todas as especialidades médicas, auxiliando na uniformização do atendimento e elevando a qualidade do tratamento fornecido aos pacientes. (BORSATTO, 2005; YOUNG, 2007; DORR, 2007; USLU, 2008)

A qualidade da informação científica na área médica está relacionada à metodologia aplicada nos estudos epidemiológicos clínicos. O delineamento do estudo, a confiabilidade na coleta de dados e a sua posterior análise influenciam na precisão dos resultados e suas conclusões. (PEREIRA, 1995) Segundo Blettner (1999), as principais linhagens de condução de um estudo epidemiológico utilizadas atualmente são: revisão da literatura, meta-análise, meta-análise com dados individuais e estudo prospectivo. (BLETTNER, 1999) A revisão tradicional da literatura avalia um assunto específico de forma qualitativa, não considerando a metodologia, tendências e erros nos artigos consultados. (DICKERSIN, 1997) Em 1966 o *Index Medicus* foi computadorizado, resultando no MEDLAR® o qual serviu de base para a formação de grandes bancos de dados eletrônicos relativos a artigos de publicações, como o MEDLINE, sendo acessíveis pela internet. (DOYLE, 1996) Desta maneira ocorreu uma revolução nas revisões bibliográficas, devido à facilidade no acesso, na redução de custos e no tempo de sua execução com uma

abrangência muito grande, devido ao volume de publicações existentes nestes bancos de dados. No entanto, a confiabilidade da informação gerada é limitada, pois não ocorreu nela alteração no caráter qualitativo nem anulou as tendências naturais intrínsecas desta metodologia.

Com o objetivo de melhorar a qualidade das revisões bibliográficas, surgiram as, meta-análises, que são avaliações sobre um determinado assunto ou fato específico, utilizando vários estudos obtidos por revisão bibliográfica os quais possuem protocolos previamente estabelecidos para análise dos dados. Têm como fonte artigos nos quais foram usados critérios pré-determinados quanto à metodologia empregada a cada um e a confiabilidade dos autores. (FRIEDENREICH, 1993) Existe, também, necessidade de tabular os elementos relevantes de cada estudo, como tamanho e homogeneização da amostra, variáveis disponíveis, delineamento do estudo, ano de publicação e outros dados considerados relevantes. O objetivo é o de anular tendências e evitar erros que limitem a qualidade da informação gerada. (STEWART, 1995) A meta-análise com dados individuais surgiu na tentativa de minimizar a possibilidade de erros. São utilizadas principalmente no estudo de eventos raros, onde não se atinge um número significativo em estudos individuais. Além da concordância obrigatória dos autores dos trabalhos originais, têm custo elevado e consomem mais tempo que a revisão e a meta-análise. (LUBIN, 1995)

A revisão sistemática da literatura e a meta-análise são consideradas fontes de alta qualidade de informações científicas, porém o estudo prospectivo é considerado superior aos demais. (GOODACRE, 2003)

Estudos prospectivos de coleta de dados apresentam o melhor nível de evidência científica, pois o planejamento prévio consiste na criação de questionários (formulário, protocolos) antes do início do estudo e posterior análise dos dados, de tal forma que diminuem os vieses, mas apresentam custo superior às demais formas de estudo além de necessitarem de um tempo maior para obtenção dos resultados desejados. (BOFFETA, 1997)

## 2.2 PRONTUÁRIO MÉDICO

A importância na realização de registros escritos sobre pacientes é relatada desde a Idade Antiga, como escritas em murais, mas atribui-se ao médico egípcio Imhotep que entre 2700-2500 a.C, realizou registros em papiro. (DEBOSCKER, 1997)

Hipócrates de Cós foi um dos precursores, na preocupação da institucionalização científica da medicina, no século V a.C. mostrou a importância de se realizar registros sobre os pacientes com a finalidade de refletir de maneira exata o curso da doença e tentar indicar suas possíveis causas. Seus registros eram sempre realizados em ordem cronológica, portanto registro médico orientado ao tempo (*time oriented medical record*) (VAN BEMMEL & MUSEN, 1997), sendo considerado um dos primeiros a iniciar a literatura científica médica e os registros clínicos. (PEREIRA, 2003)

Durante os séculos que se seguiram muito pouco se registrou sobre as doenças e os pacientes, até que em 1137 no Hospital de São Bartolomeu em Londres houve a preocupação de se realizar anotações sobre os pacientes internados, ela é considerada a primeira instituição a dispor de registros médicos. (CARVALHO, 1977)

Em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis aperfeiçoou a assistência aos doentes hospitalizados com mais organização nas prescrições médicas, nos relatórios de enfermagem e nas prescrições do regime alimentar. (DIENER, 1994)

Outro nome precursor sobre registros foi Florence Nightingale que, durante suas atividades cuidando dos feridos dos campos de concentração da guerra da Criméia (1853-1856), defendia com veemência a importância desses registros como fundamental para a continuidade no tratamento dos pacientes, principalmente no que se refere à assistência de enfermagem. “Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações”. (NIGHTINGALE, 1989)

Em 1897, nos Estados Unidos da América, o Hospital Geral de Massachussets foi o pioneiro na implantação de um serviço de arquivo médico e estatístico. (DIENER, 1994)

Outro grande avanço no armazenamento de informação médica foi o realizado no final do século XIX na *Mayo Clinic*, que inicialmente, como era comum em outros hospitais, o paciente tinha um prontuário para cada médico da instituição, com o registro sendo sempre feito em ordem cronológica, ou seja, era um registro médico orientado ao tempo. Em 1907, a Mayo Clinic adotou um prontuário único centrado no paciente (*patient-centered medical record*), deixando as informações mais organizadas e facilitando o arquivamento dos prontuários. (MASSAD & MARIN & AZEVEDO NETO, 2003)

No Brasil a implantação do prontuário ocorreu em 1944 pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, após ter-se especializado em sistemas de arquivo e classificação de observações médicas nos Estados Unidos da América. Devido ao bom resultado, este sistema também foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social. (CARVALHO, 1977; MORAES, 1991)

Ao estudar o prontuário do paciente, verifica-se a existência de inúmeras denominações: prontuário médico, registro do paciente. Novaes (2003) chama atenção para o fato de que, ao longo das últimas décadas, os prontuários deixaram de ser denominados de prontuários médicos e passaram para prontuários do paciente, isto pode ser entendido como uma mudança na visão da área quanto aos direitos dos pacientes e dos serviços de saúde. Mas também reflete que os dados dos pacientes estão em contínua adaptação, segundo Roger & Gaunt (1994), o prontuário do paciente é “uma memória escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticas e terapêuticas de uma pessoa, às vezes individual e coletiva, constantemente atualizado”.

Esta adaptação ou atualização está relacionada também a forma de sua apresentação, Sabatini (2002) afirmou que com a chegada dos dispositivos eletrônicos, o prontuário do paciente antes um documento passivo, difícil de ser entendido e distante do paciente, passou a ser percebido como um instrumento ativo, “uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde”. Da mesma forma, Grémy (1987) relatou também a importância e a diversidade de funções que o prontuário do paciente apresenta, pois antes era usado como forma documental nas informações da saúde e da doença do paciente. No entanto hoje com o uso do PEP, tornou-se mais

complexo, passando a ter um papel fundamental na sociedade contemporânea. Considerado como o núcleo do sistema de informação hospitalar, funciona não só como o documento de acompanhamento do paciente, mas como fonte de pesquisa clínica nos estudos epidemiológicos de informação para identificar grupos específicos de pacientes. Favorece o compartilhamento de informações entre diferentes profissionais. Também é considerado como o documento de base legal para as ações médicas e dos pacientes, além de fornecer subsídios para o faturamento e o reembolso médico hospitalar. (GREMY, 1987)

Para nortear a implantação do PEP deve-se ter como referência as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) com relação à resolução nº 1821/07 conforme o artigo 10:

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. (CFM, 2007)

Atualmente os aspectos legais do PEP vêm ao encontro da autenticidade, integridade, confidencialidade, auditoria, assinatura eletrônica e guarda de documentos.

Utilizando a informática médica associada ao PEP, as informações podem circular com maior facilidade e assim servirem de insumo à diversas pesquisas que tratam de diferentes casos, deixando mais fácil e mais barato para os médicos e pesquisadores a troca de dados e informações, como por exemplo, nos casos das doenças raras. Deve-se, no entanto ter o devido cuidado com relação ao sigilo médico na troca de informações sendo que nenhuma informação contida no PEP poderá ser acessada ou transmitida sem a devida autorização institucionalizada jurídica e legalmente, e muito menos sem a expressa autorização do paciente ou de seu representante legal. (MOTA, 2006)

## 2.3 DOENÇA ANEURISMÁTICA

Embora o início da história dos aneurismas arteriais na cirurgia vascular, remonte há vários séculos, tendo uma das primeiras citações encontrada no papiro de Ebes, escrito a cerca de 2000 anos antes de Cristo, apenas nos últimos decênios apresentou grande evolução no que se refere ao seu tratamento. (BONAMIGO & RISTOW, 1999)

O termo aneurisma é derivado do grego *aneurysma*, que significa dilatação, no entanto as dilatações que envolvem menos que 50% do diâmetro da artéria são chamadas ectasias, já se a dilatação é difusa e envolve vários segmentos da artéria com aumento do diâmetro maior que 50% é considerada arteriomegalia, se não envolver todas as camadas da parede da artéria é chamado de pseudoaneurisma. Na tentativa de evitar confusão em 1991 foi sugerida pelo *Subcommittee on Reporting Standards for Arterial Aneurysms* a seguinte definição: aneurisma é uma dilatação permanente, localizada, ou seja, focal, de uma artéria, tendo pelo menos 50% de aumento comparado ao diâmetro normal esperado para a artéria. (JOHNSON, et al., 1991)

A causa mais freqüente é aterosclerose, mas as artérias também podem dilatar devido à infecção (aneurismas micóticos), defeitos da parede arterial (aneurismas congênitos), compressão (pós estenóticos), inflamação (aneurismas inflamatórios). (CURSI & BAXTER & THOMPSON, 2005)

O aneurisma mais freqüente é o localizado na aorta abdominal infra-renal, ocorre em 21 casos para cada 100.000 pessoas por ano (BICKERSTAFF, 1984) comparados com os aneurismas periféricos (fêmoro poplíteos) quatro casos para cada 100.000. (LAWRENCE & LORENZO-RIVERO & LYON, 1995)

A prevalência do aneurisma da aorta abdominal (AAA) ocorre mais frequentemente em homens, tabagistas e com idade superior a 65 anos, Bonamigo & Ristow (1999), detectaram na população masculina brasileira, taxa de 3,2% em pessoas com idade acima de 75 anos, sendo menos freqüentes em mulheres principalmente as da raça negra e diabéticas. Outros fatores associados são história familiar, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial, doença cerebrovascular e estatura alta. (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2005)



Os aneurismas viscerais são os menos freqüentes, porém de muita importância, pois em 22% dos casos podem ter como manifestação clínica inicial um quadro de emergência, e óbito em 8,5%. O sítio mais predominante de acometimento é a artéria esplênica, sendo realizado o diagnóstico de maneira incidental na maioria dos casos, principalmente nas mulheres. (STANLEY, 1981)

### 3 MATERIAL E MÉTODO

Na elaboração do protocolo eletrônico, foi necessário primeiramente realizar uma pesquisa bibliográfica das doenças vasculares mais prevalentes, para a formação de uma base teórica de dados. Após realizou-se a informatização dessa base e criação do protocolo mestre. Com os dados do protocolo mestre foram gerados os demais protocolos específicos os quais foram implantados e disponibilizados na base eletrônica dos dados clínicos e cirúrgicos dos aneurismas arteriais no SINPE©.

#### 3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FORMAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS

Inicialmente foi necessário verificar qual divisão dentro da especialidade médica de Cirurgia Vascular, seria adequada para definir as áreas de desenvolvimento dos protocolos. A realização da divisão didática foi estabelecida de acordo com livros-texto frequentemente utilizados, como: Vascular Surgery (RUTHERFORD et al., 2005), Cirurgia Vascular (BRITO et al., 2008), Doença Vascular Periférica (MAFFEI et al., 2008), sendo dividida em duas grandes áreas: doenças arteriais e doenças venosas.

As doenças arteriais foram então subdivididas em: aneurismas arteriais, doença arterial obstrutiva crônica, doença arterial dos vasos viscerais, oclusão arterial aguda. As doenças venosas em insuficiência venosa crônica e tromboembolismo venoso, onde cada subdivisão compreende um conjunto de doenças vasculares relacionadas entre si e a união destas doenças, forma o protocolo mestre, abrangendo as doenças mais predominantes da especialidade.

No protocolo mestre estão contidos os dados pesquisados para cada doença, com relação ao seu diagnóstico e tratamento, os quais formam extensa base de dados (protocolo multiprofissional das doenças vasculares), divididos didaticamente em anamnese, exame físico, exames complementares, diagnóstico, tratamento e evolução, podendo as mesmas apresentar uma ou mais ramificações.

Cada subdivisão das informações contidas no protocolo mestre originará uma doença específica que será um protocolo específico, o qual permanece com a mesma divisão em anamnese, exame físico, exames complementares, tratamento e evolução; mas, nas ramificações destes somente irão constar os dados específicos da doença em questão.

Para a formação dos dados dos aneurismas arteriais no protocolo mestre, realizou-se a seleção do material para a coleta dos dados, sendo utilizados os livros acima mencionados, além de outros consagrados da especialidade como: Aneurismas (BONAMIGO & RISTOW, 1999), *Decision Making* (CRONENWETT & RUTHERFORD, 2001), *Haimovici Vascular Surgery* (HAIMOVICI et al, 2006), *Mastery of Vascular and Endovascular Surgery* (ZELENOCK et al., 2005), Cirurgia Endovascular (LOBATO et al., 2006). Neles estão contidas as atualizações e revisões mais recentes.

Conforme a maior prevalência das doenças e o interesse acadêmico, foram definidos os 22 sítios arteriais aneurismáticos que compõem o protocolo específico, excetuando as artérias aneurismáticas intracerebrais e da aorta ascendente que estão mais relacionados com as especialidades da neurocirurgia e da cirurgia cardíaca respectivamente. Iniciou-se a pesquisa bibliográfica específica e detalhada através das bibliotecas médicas eletrônicas na internet e em revistas especializadas na área de cirurgia vascular, assim como nos livros já citados.

Utilizou-se para a pesquisa na internet os endereços: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>, <<http://www.medscape.com>> e <<http://www.pubmed.gov>>, pois oferecem buscas mais completa dos arquivos na área médica. A pesquisa baseou-se em artigos de revisão da literatura, artigos científicos relacionados à coleta de dados e casos clínicos publicados. Os artigos publicados antes de 1999 e utilizados neste trabalho foram localizados a partir de referências dos livros-texto ou dos artigos iniciais.

Os 22 sítios arteriais mais frequentemente acometidos pela doença aneurismática foram também relacionadas, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10 versão 2008. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

- Aneurisma da Aorta Abdominal (I71. 4, I71.3);
- Aneurisma da Aorta Torácica (I71.2, I71.1);
- Aneurisma da Aorta Tóraco-Abdominal (I71.6, I71.5);

- Aneurisma das Artérias Poplíteas (I72.4);
- Aneurisma das Artérias Femorais Comum, Profunda E Superficial (I72.4);
- Aneurisma das Artérias Ilíacas Comum, Interna E Externa (I72.4);
- Aneurisma das Artérias Carótidas (I72.0);
- Aneurisma das Artérias Vertebrais (I72.8);
- Aneurisma do Tronco Braquiocefálico (I72.8);
- Aneurisma das Artérias Subclávias (I72.1);
- Aneurisma das Artérias Axilares (I72.1);
- Aneurisma da Artéria Esplênica (I72.8);
- Aneurisma das Artérias Renais (I72.2);
- Aneurisma da Artéria Hepática Comum (I72.8);
- Aneurisma da Artéria Mesentérica Superior (I72.8);
- Aneurisma da Artéria Mesentérica Inferior (I72.8);
- Aneurisma da Artéria Gastroduodenal (I72.8);
- Aneurisma do Tronco Celíaco (I72.8).

Como resultado final desta fase, obteve-se a criação da base teórica de dados clínicos e cirúrgicos dos 22 sítios arteriais mais frequentes acometidos pela doença aneurismática, os quais foram armazenados, utilizando o programa Microsoft Word XP®.

### 3.2 INFORMATIZAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS PARA CRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS MESTRE E ESPECÍFICO

O software responsável pelo processo de informatização dos dados, está sendo constantemente aprimorado desde o início da década de 90. Com base neste software de propriedade intelectual do Prof. Dr. Osvaldo Malafaia e registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial – INPI sob o número RS-6056-1, criou-se uma linha de pesquisa chamada Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©). Este software está sendo utilizado na sua última atualização e viabiliza a transformação da base teórica de dados clínicos, desenvolvida com a revisão bibliográfica, em sistema computadorizado de coleta de dados.

Após o desenvolvimento da base teórica de dados clínicos das doenças vasculares mais predominantes (Apêndice), foi obtida a concessão de direito do uso do SINPE©, (Anexo A), para a incorporação do protocolo de coleta de dados clínicos e cirúrgicos dos aneurismas arteriais. Para auxiliar neste processo foi utilizado um módulo do aplicativo SINPE©, o Migra SINPE©, capaz de importar automaticamente a base teórica de dados para o módulo do SINPE, gerando o protocolo mestre completo, sem perder a forma original de sua hierarquia, criando automaticamente um novo banco de dados. O módulo denominado Migra SINPE©, é um programa independente e foi desenvolvido em 2008.

O objetivo do módulo é disponibilizar uma ferramenta que permita a rápida importação de dados de um protocolo eletrônico para dentro do SINPE©. A ferramenta funciona a partir de um arquivo texto que contenha os dados hierarquicamente agrupados fazendo a atualização do banco de dados Microsoft Access e criando o protocolo mestre.

O sistema gerenciador do banco de dados do SINPE© é o ACCESS©, que facilita a gravação e distribuição do programa em CD-ROM. A linguagem de computador utilizada é a C# (C-Sharp), utilizando a tecnologia.net *Framework* da Microsoft®, a qual organiza, alimenta e manipula os dados que são armazenados. A instalação deste programa é simples, necessitando para isto de computadores com configuração mínima de 32 megabytes de memória RAM e disco rígido (*hard disk drive*) com 500 megabytes, o sistema operacional é Microsoft Windows 98® o qual deve estar corretamente atualizado com os produtos da Microsoft® denominados.net *Framework 3.5®* e *Microsoft Data Access Component 2.7*. A confirmação da instalação será obtida ao aparecer na tela do monitor um ícone denominado “Pasta SINPE”.

### 3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DA BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS ARTERIAIS NO SINPE©

Todos os 5092 itens que fazem parte dos protocolos mestre e específico foram informatizados em um programa que permitiu sua incorporação ao SINPE©. A idéia de criação deste dispositivo tem por finalidade possibilitar que outros

investigadores façam pesquisa e coleta de dados em centros diversos e também que este programa possa ser manuseado a distância.

Quando não se possui o SINPE© instalado no computador, previamente por CD-ROM ou similares, a manipulação e inclusão dos protocolos também poderão ser feitas por acesso remoto ao SINPE©, via internet através do endereço <www.sinpe.com.br>. Desta forma a atualização do banco de dados do protocolo e as coletas podem ser feitas de qualquer lugar.

O banco de dados das coletas multicêntricas é único, e por isso criaram-se regras de segurança para manipulação do sistema. Por exemplo, devido a questões éticas, o SINPE©, não permite que dados de identificação dos pacientes (de uma determinada instituição) sejam visualizados por usuários que não pertençam à instituição em que o paciente está cadastrado. Portanto, estão integrados ao SINPE© um sistema de controle de acessos de usuários e respectivas permissões destes usuários.

Após a instalação do SINPE©, será solicitado ao usuário o código de acesso (login e senha) e a instituição que o usuário pertence. Se as informações forem válidas então será liberado o sistema de acordo com as permissões que o usuário possui.

Existem quatro tipos de permissões que podem ser fornecidas para acesso ao protocolo:

- Administrador: permite que o usuário defina os itens de um protocolo mestre e dos protocolos específicos; colete dados de pacientes para as doenças cadastradas nos protocolos específicos; realize pesquisas sobre os dados coletados e altere os protocolos quando necessário;
- Visualizador: permite apenas a visualização dos itens do protocolo mestre e dos protocolos específicos;
- Coletor: permite ao usuário apenas coletar dados para as doenças cadastradas nos protocolos específicos;
- Pesquisador: permite que o usuário somente realize pesquisas de dados nas coletas realizadas.

Como segurança na geração dos dados, existem três tipos de usuários:

- Super-usuário: controla todos os protocolos criados, mestre e específicos, podendo intervir em qualquer um deles;

- Criador de protocolo: tem liberdade para desenvolver novos trabalhos e modificá-los;
- Usuário comum: destinada aos coletores de dados, visualizadores e pesquisadores, ou seja, para aqueles que acompanham os pacientes, a pesquisa, ou que coletam dados relacionados a pacientes que serão inseridos no programa. A estes não se permite a alteração de dados tanto do protocolo mestre quanto dos específicos, apenas pode incluir pacientes.

O usuário do protocolo deve estar cadastrado em apenas uma instituição, já o super-usuário poderá dar permissão para que um usuário possa visualizar coletar e administrar um protocolo, mesmo sendo ele de outra instituição. Nas pesquisas o SINPE© considera os dados de todas as instituições participantes, porém omite os dados relativos à identificação do paciente.

Existe dentro do Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos um módulo chamado SINPE© Analisador, que permite o cruzamento de dados contidos em todos os protocolos, gerando automaticamente estatísticas e gráficos, de acordo com o estudo que se queira realizar.

A estrutura de montagem do SINPE© permitiu o seu desenvolvimento em outras interfaces como a Internet Explorer®, por exemplo. Já está disponível seu uso em outros dispositivos de computação móvel como o *pocket* PC, PDAs e telefones celulares. Essa diversidade de meios de utilização do SINPE© confere a ele grande facilidade na coleta de dados e na sua portabilidade.

### 3.4 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO

Foi selecionado o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), para a coleta de dados retrospectivos dos prontuários de 17 pacientes atendidos no Serviço de Cirurgia Vascular e que foram submetidos a tratamento cirúrgico do aneurisma de aorta abdominal infrarenal em caráter eletivo nos últimos cinco anos. Da mesma maneira, consultaram-se os últimos sete prontuários de pacientes com aneurisma de aorta abdominal infrarenal, atendidos no hospital São Lucas de Curitiba, com o objetivo de incluir pacientes submetidos a tratamento

cirúrgico endovascular eletivo, por se tratar de um procedimento cirúrgico recente e em expansão quanto a sua aplicabilidade. A escolha de outro hospital ocorreu, pois não foi possível obter dados relacionados a este procedimento no HC-UFPR.

Como tal procedimento esta em crescente desenvolvimento, já fazendo parte do arsenal terapêutico do cirurgião vascular, com inúmeras publicações científicas e vem sendo abordado em todos os congressos da especialidade, além de envolver algumas particularidades na sua execução, como o uso de equipamentos radiológicos digitais e materiais específicos como *stents* e cateteres, portanto, faz-se necessário a presença deste procedimento neste projeto piloto.

Este projeto piloto foi aprovado pelo Comitê de Ética, número 2008023344, (Anexo B) com o objetivo de testar sua funcionalidade.



## 4 RESULTADOS

Os resultados da base eletrônica de dados clínicos e cirúrgicos dos aneurismas arteriais, são demonstrados na forma de figuras dispostas em seqüência, da mesma maneira em que são visualizadas na tela do computador.

Os resultados serão analisados em 3 fases:

1. Apresentação dos resultados da elaboração do protocolo eletrônico mestre das doenças vasculares;
2. Apresentação dos resultados da elaboração do protocolo específico dos aneurismas arteriais;
3. Aplicação do protocolo informatizado.

### 4.1 PRIMEIRA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DAS DOENÇAS VASCULARES

O protocolo mestre foi criado de tal maneira a suportar a criação de qualquer outro protocolo específico que se deseje incluir, pois os dados incluídos englobam todas as doenças vasculares.

Após a instalação do programa dos protocolos eletrônicos SINPE®, no computador pessoal portátil (HP Pavilion dv2000) o acesso é através de um ícone personalizado na área de trabalho conforme mostra a figura 1.

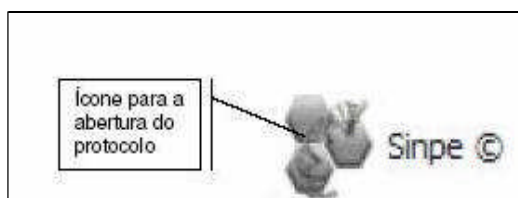


FIGURA 1 - APRESENTAÇÃO DO ICONE SINPE®

Após clicar no ícone SINPE©, aparecerá na tela a pergunta sobre qual a conexão que o usuário irá utilizar, será necessário internet, somente para via remota. Para a base de dados local basta apenas escolher o item local e para sair do programa basta clicar no item sair. Após a devida escolha deve-se clicar em avançar (figura 2).

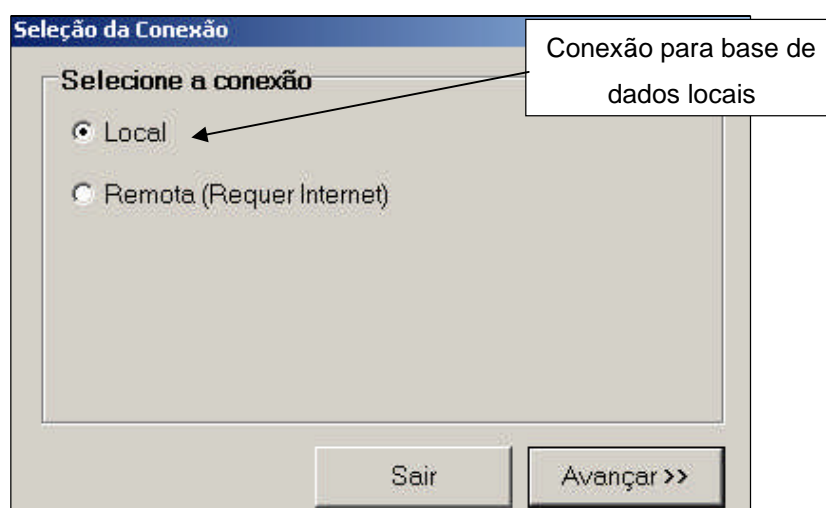


FIGURA 2 - SELEÇÃO DA CONEXÃO DO PROTOCOLO

Após, abrirá uma nova tela que solicitará ao usuário o código de acesso para sua identificação (*login*), sua senha e o nome da instituição (figura 3).

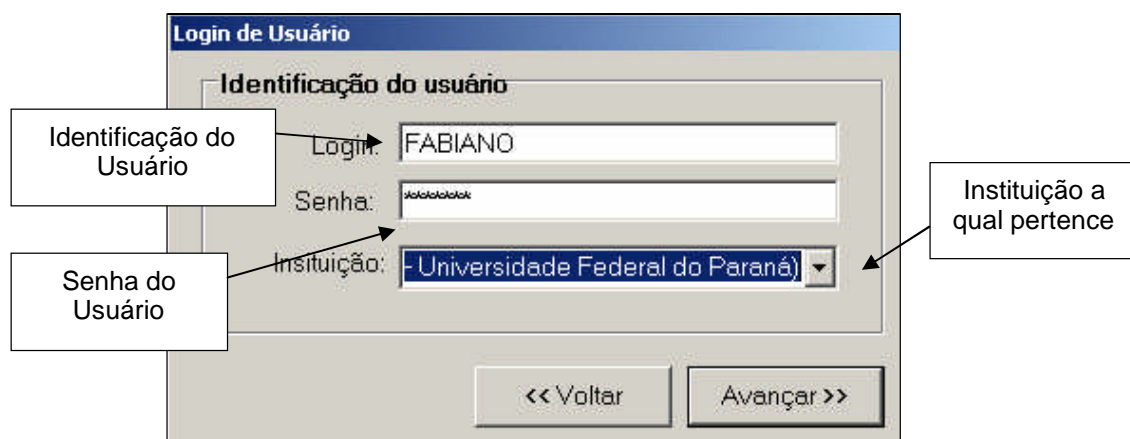


FIGURA 3 - PREENCHIMENTO DO LOGIN, SENHA E INSTITUIÇÃO

De acordo com a senha digitada, o sistema liberará os acessos com as permissões que este usuário possui, possibilitando a criação e modificação do protocolo mestre dos aneurismas arteriais.

Existem quatro tipos de permissão que são dadas para acesso ao protocolo: administrador, coletor, visualizador e pesquisador, assim como também existem três tipos de usuários: super-usuário, criador de protocolo e usuário comum. A senha de usuário comum é destinada aos coletores de dados, visualizadores e pesquisadores, o criador de protocolo tem liberdade para desenvolver novos trabalhos e modificá-los.

A permissão dada é de administrador deste protocolo e de super-usuário sendo assim, apresenta liberdade de criação para alterar o conteúdo do protocolo mestre e dos específicos, podendo atualizá-los sempre que for necessário, também se observa nesta tela a seleção do protocolo mestre (figura 4).

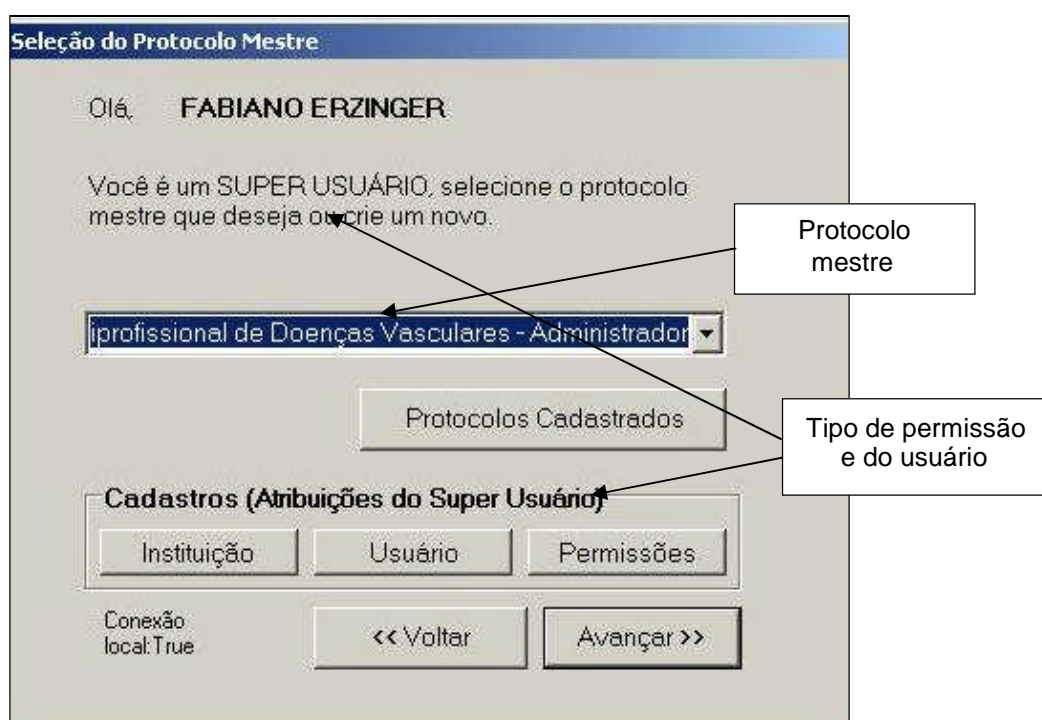


FIGURA 4 - SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE E O TIPO DE PERMISSÃO DO USUARIO

A seleção no item avançar da figura anterior, exibe a tela demonstrativa do SINPE© (figura 5) com a sua respectiva de barra de menu (Protocolos, Dados, Pacientes, Médicos, Parâmetros e Ajuda), que necessita ser aberta através do item protocolos. Com a seleção, dois itens aparecerão como opção: protocolo mestre e

protocolo específico. Também o programa pode ser encerrado se a opção sair for escolhida. Para ter o acesso ou editar o protocolo mestre basta selecioná-lo.

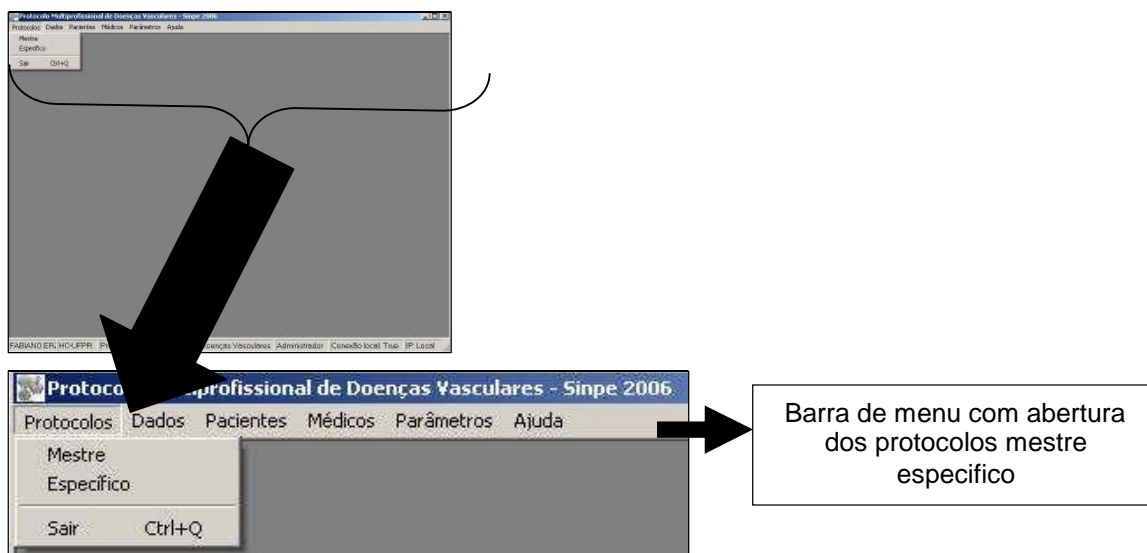


FIGURA 5 - TELA DE ABERTURA DO PROTOCOLO

Após a abertura do protocolo mestre serão exibidos: data da criação, última atualização, área da saúde a que pertence, total de itens do protocolo mestre e os seis itens principais, divididos didaticamente, que compõem este protocolo: ANAMNESE, EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO (figura 6).

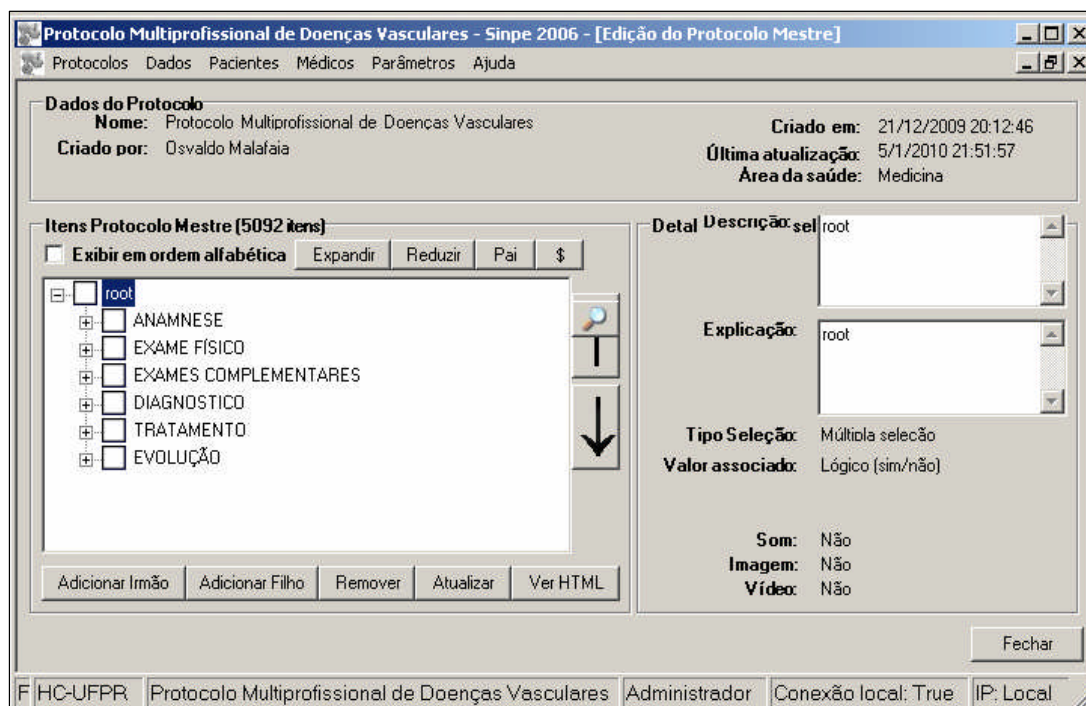


FIGURA 6 - PROTOCOLO MESTRE

Na parte mais inferior da tela estão as barras de trabalho, teclas de Adicionar Irmão (acrescentar item principal), Adicionar Filho (para acrescentar subitens), Remover (retirar itens) e Atualizar (atualização de itens). No lado direito há espaços destinados aos detalhes do item previamente selecionado, como Descrição e Explicação do Item, Tipo de Seleção, Valor Associado, Som, Imagem ou Vídeo (figura 7).

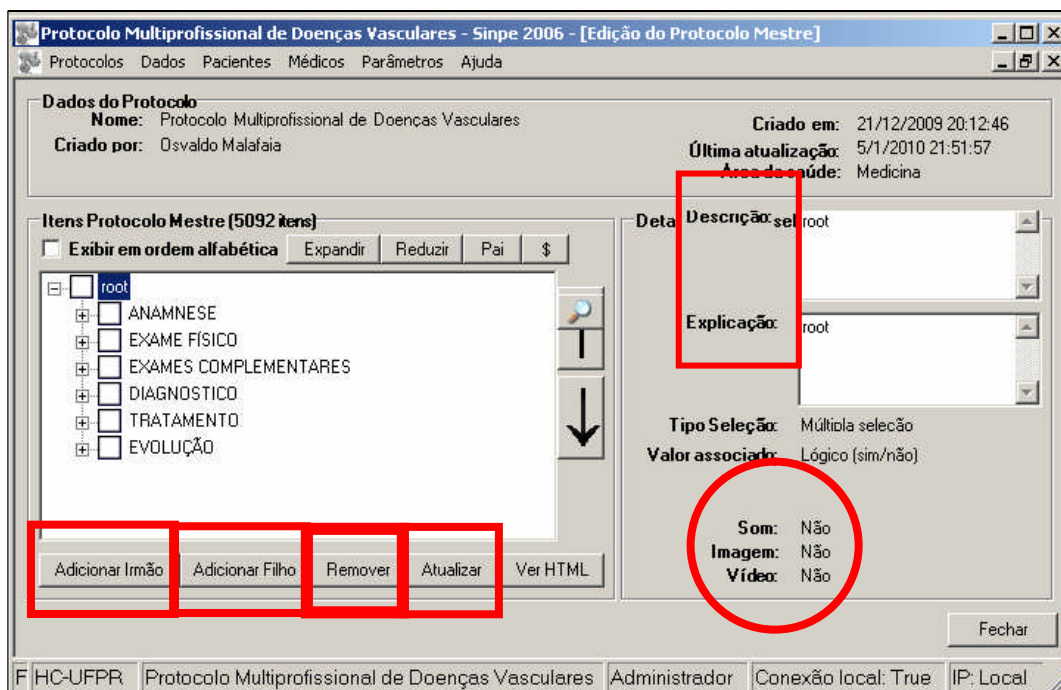


FIGURA 7 - BARRA DE TRABALHO DO PROTOCOLO MESTRE

A seguir será apresentado as telas com o primeiro subitem de todas os itens principais do protocolo mestre.

Os subitens que compõem a ANAMNESE são: ASSINTOMÁTICO, SINTOMÁTICO, ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS/FATORES DE RISCO, ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES, CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA (figura 8); estes por sua vez, possuem ramificações de modo que se escolhe-se o subitem “SINTOMÁTICO” aparecerão 44 sintomas relacionadas com alguma doença vascular que por sua vez também podem apresentar ramificações. Esta formatação é comum em todos os subitens do protocolo mestre, sendo variável o número de ramificações.

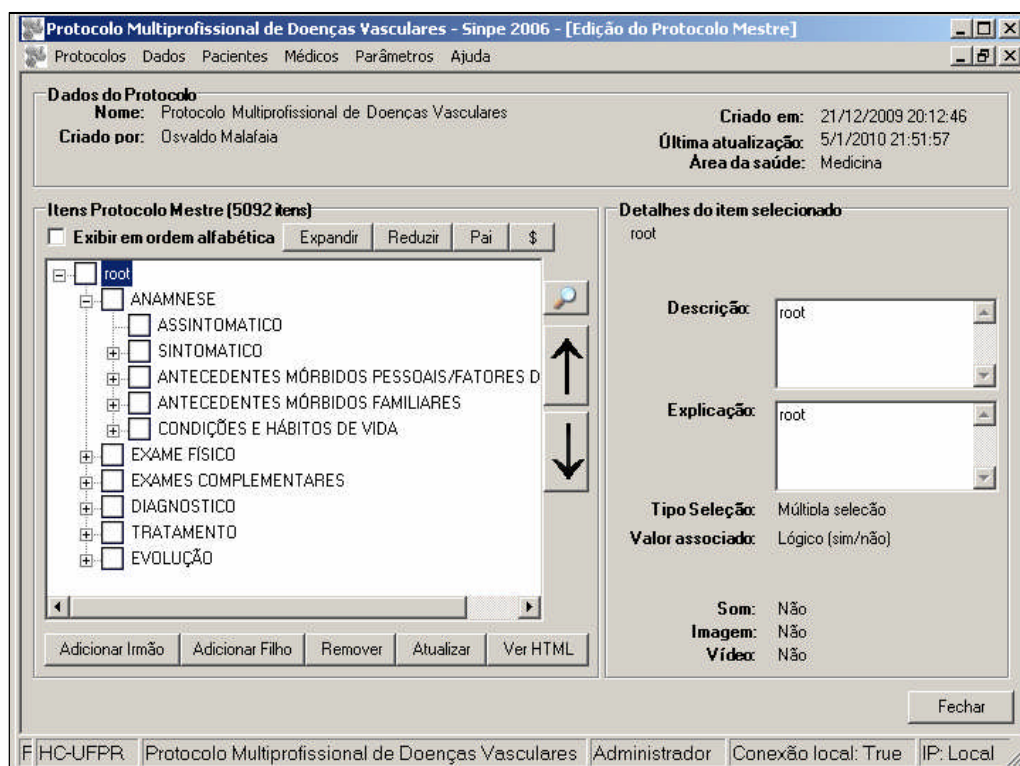


FIGURA 8 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE ANAMNESE.

Os subitens que compõe o item principal EXAME FÍSICO são: GERAL, REGIÃO CERVICAL, TORÁCICO, MEMBROS SUPERIORES, ABDOMINAL e MEMBROS INFERIORES (figura 9).



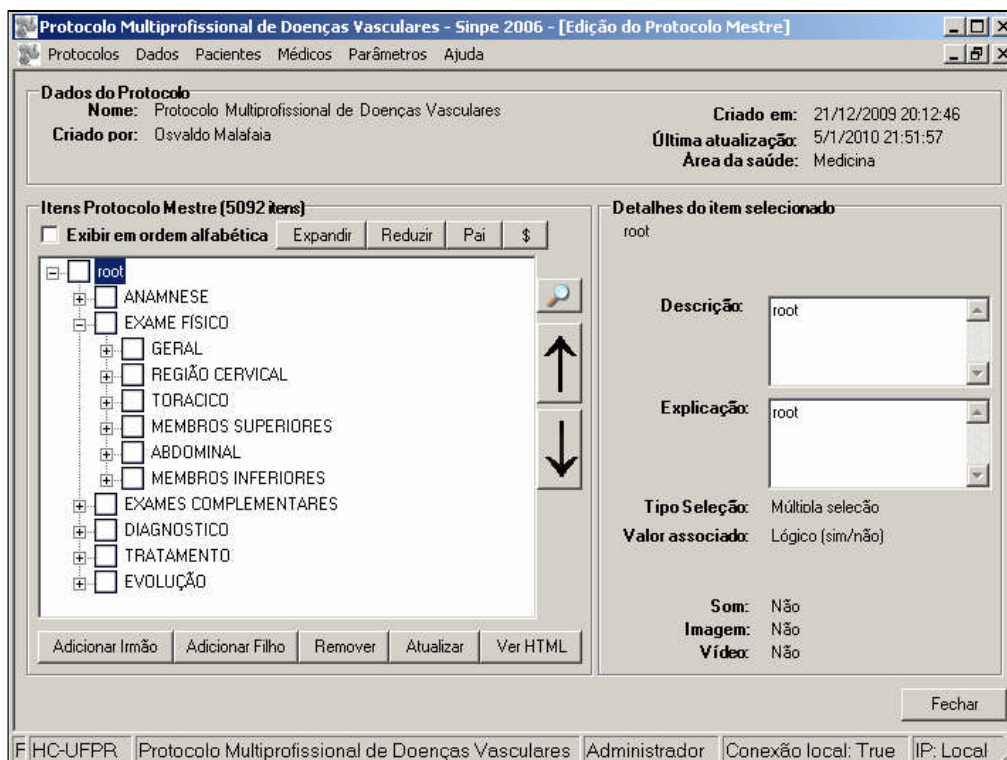


FIGURA 9 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE EXAME FÍSICO

Os subitens que compõe o item principal EXAMES COMPLEMENTARES são: EXAMES LABORATORIAIS e EXAMES DE IMAGEM (figura 10).

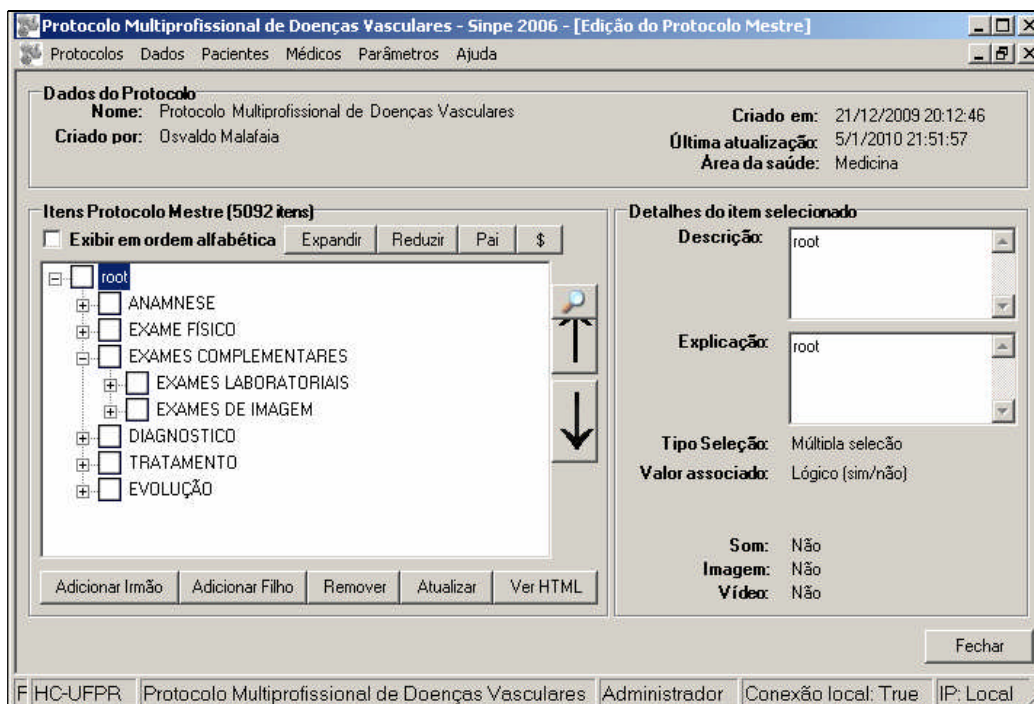


FIGURA 10 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE EXAMES COMPLEMENTARES.



Os subitens que compõe o item principal DIAGNÓSTICO são: MEDICINA, FISIOTERAPIA, ENFERMAGEM e NUTRIÇÃO (figura 11).

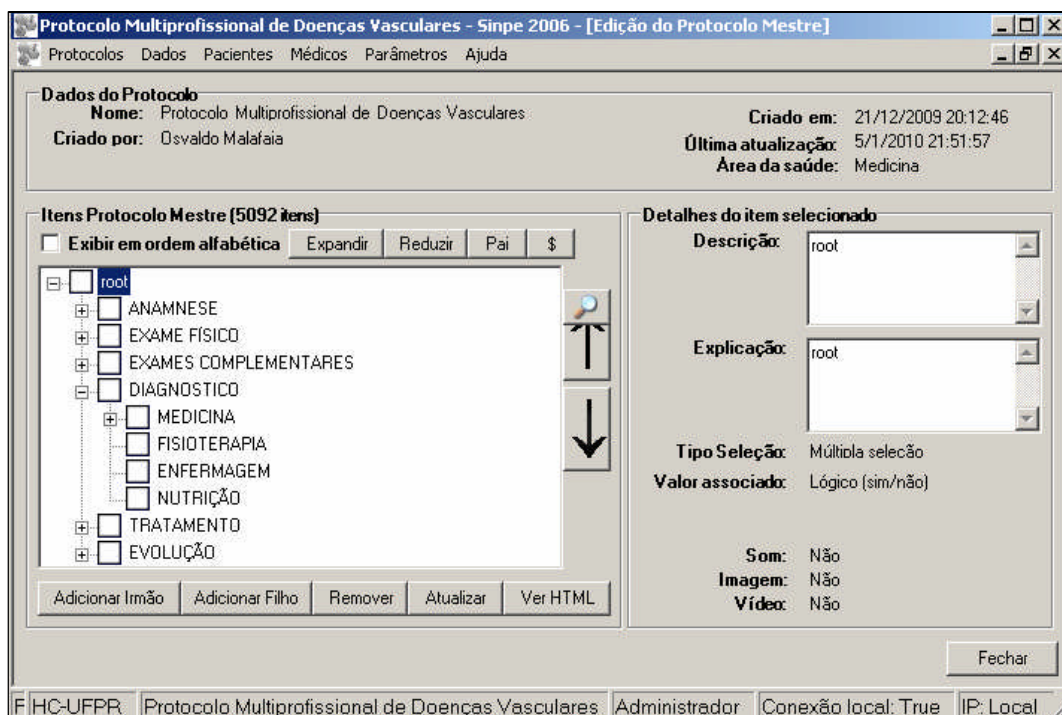


FIGURA 11 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE DIAGNÓSTICO.

Os subitens que compõe o item principal TRATAMENTO são: MEDICINA, FISIOTERAPIA, ENFERMAGEM e NUTRIÇÃO (figura 12).

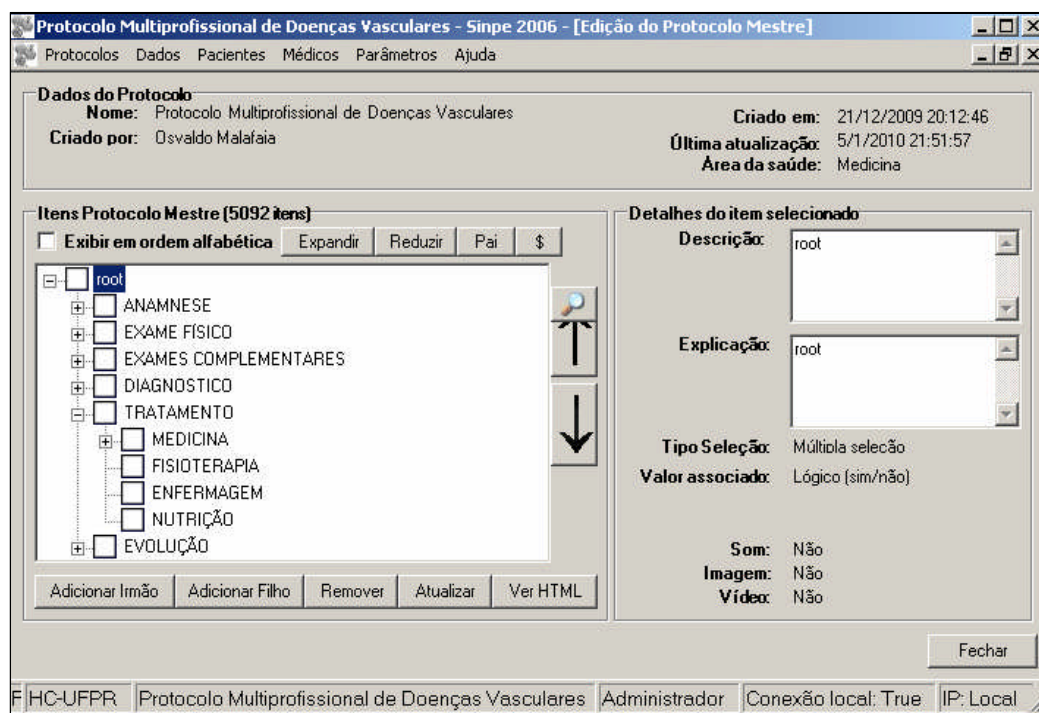


FIGURA 12 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE TRATAMENTO

Os subitens que compõe o item principal EVOLUÇÃO são: MEDICINA, FISIOTERAPIA, ENFERMAGEM e NUTRIÇÃO (figura 13).

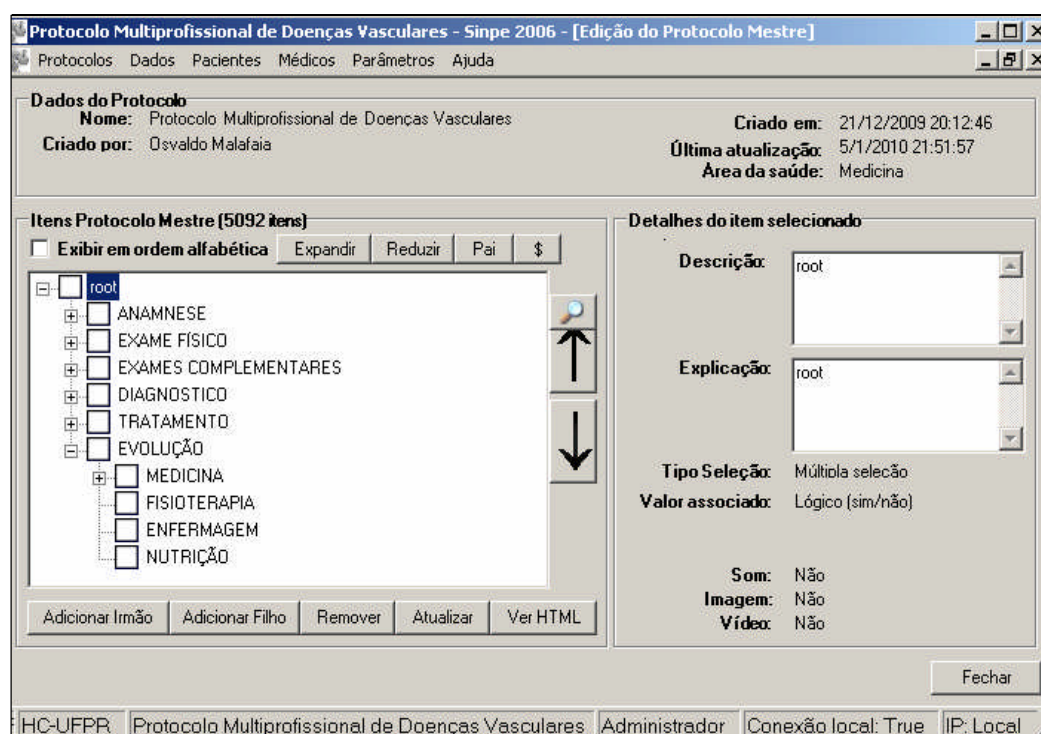


FIGURA 13 - TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE© - SUBITENS DE EVOLUÇÃO

## 4.2 SEGUNDA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO DOS ANEURISMAS ARTERIAIS

O protocolo específico foi criado utilizando os dados contidos no protocolo mestre, sobre os 22 sítios arteriais aneurismáticos mais frequentes, obedecendo à mesma ordem de disposição das pastas do protocolo mestre com os respectivos itens, subitens e ramificações.

A área de trabalho deve ser aberta previamente através da raiz que contém a seleção de abertura dos dois protocolos (figura 14).

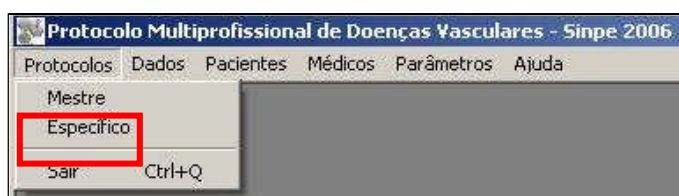


FIGURA 14 - SELEÇÃO DO TIPO DE PROTOCOLO

Após a abertura do Protocolo Específico, abra a janela da figura 15, com a opção para cadastrar novos protocolos específicos. Selecionando esta opção, será possível cadastrar o novo protocolo específico (figura 16).

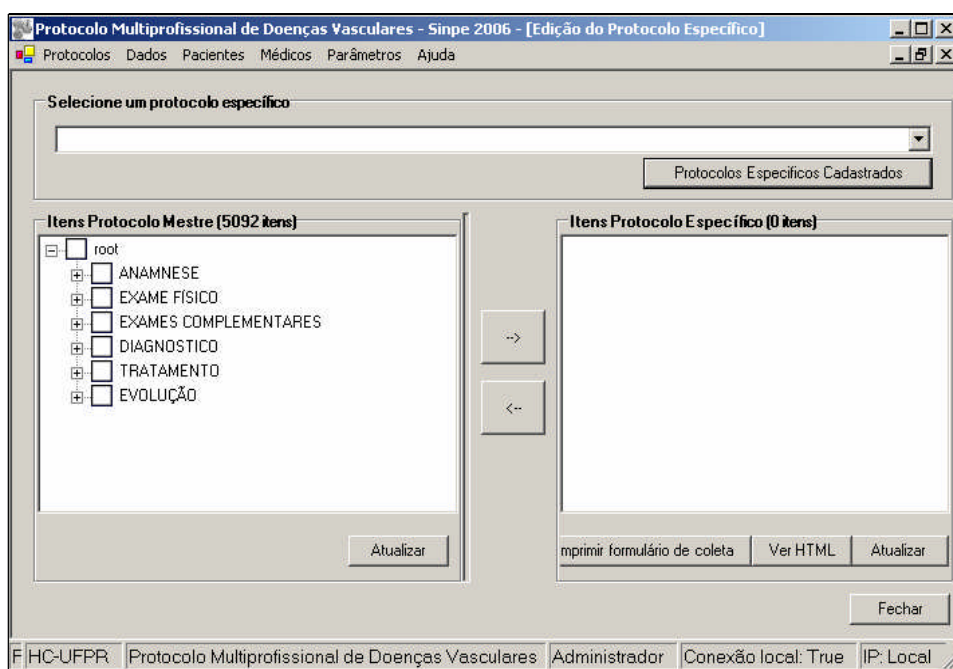


FIGURA 15 - CRIAÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

**Cadastro de Protocolos Específicos**

Dados do Protocolo Específico

Código: 9

Nome: ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

Descrição: 171.4

Data Criação: 5/1/2010 22:15:42

Data Última Atualização: 12/1/2010 10:12:27

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

**Protocolos Específicos Cadastrados**

idProtocoloEs	sNomeProtocolo	sDescricao	dDataCriacao	dDataUltimaA
9	ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL	171.4	5/1/2010	12/1/2010

Fechar

FIGURA 16 - CADASTRO DO NOVO PROTOCOLO ESPECÍFICO

O cadastro do novo protocolo específico inicia-se com a opção Inserir, onde deve ser inserido o nome do protocolo previamente escolhido; em seguida, usa-se a tecla Gravar. Na sequência, surgirá no espaço inferior da tela em Protocolos Específicos Cadastrados, o nome do novo protocolo (ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL), onde consta também os Dados do Protocolo Específico (figura 17).

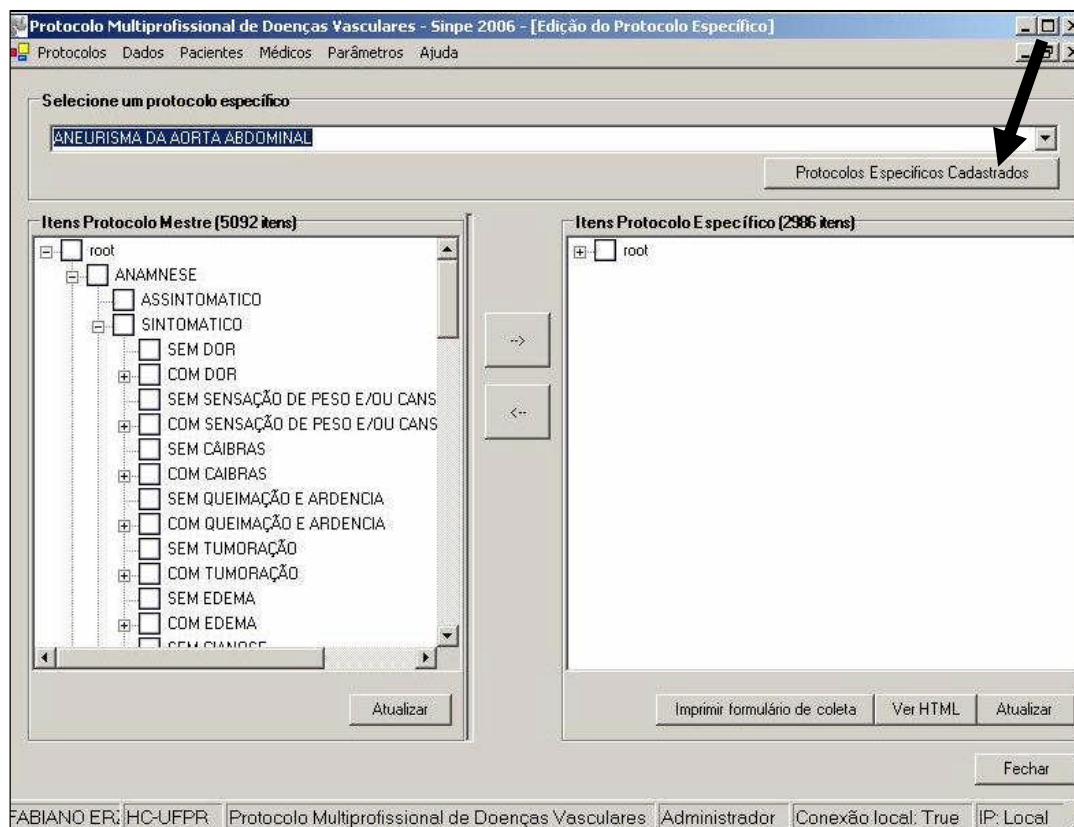


FIGURA 17 - PROTOCOLO ESPECÍFICO SELECIONADO – ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

O protocolo específico é criado selecionando itens do protocolo mestre; pela seta entre os dois quadros se transfere as informações do protocolo mestre para o protocolo específico. Convém destacar que todos os dados criados no protocolo mestre foram utilizados no protocolo específico (figura 18).

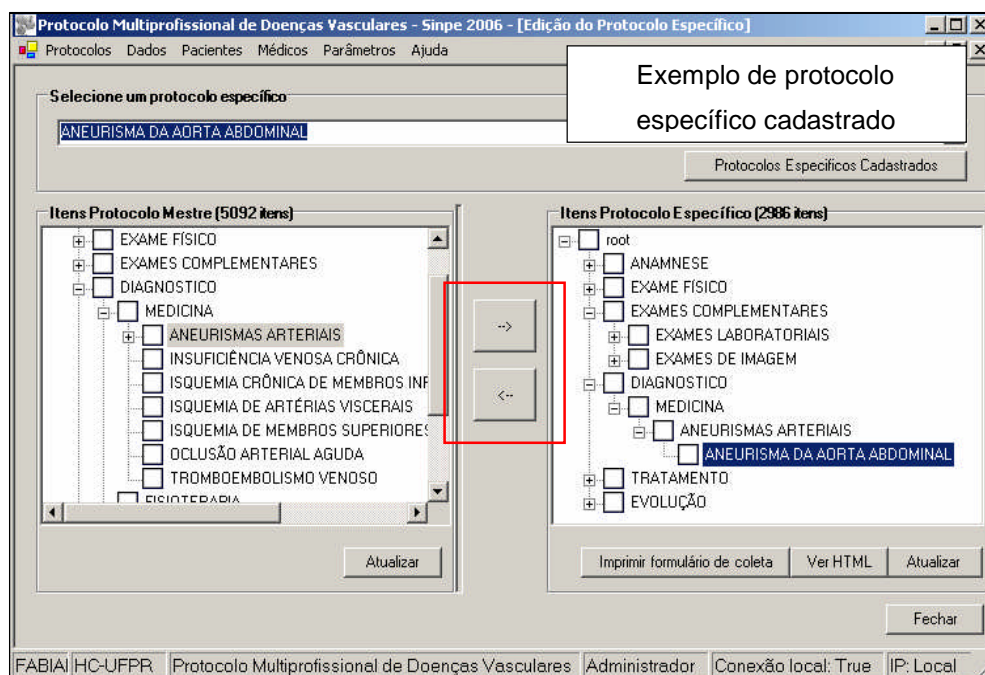


FIGURA 18 - PROTOCOLO ESPECÍFICO CRIADO

Para iniciar cadastro de novo paciente deve ser acessado no menu o comando Pacientes e depois Cadastro. Aparecerá na tela uma figura na qual poderão ser preenchidos os dados do paciente (Código, Nome, Raça, Sexo, Profissão e Outros). Em seguida, gravam-se estes dados pelo comando Gravar. Desta maneira vão sendo cadastrados os pacientes e a lista com os seus dados de identificação, e aparece na parte inferior da tela os itens: Nome do Paciente, Instituição a que pertence, Data do cadastro e Identificação do Usuário (figura 19).



**Protocolo Multiprofissional de Doenças Vasculares - Sinpe 2006**

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Cadastro

**Cadastro de Pacientes**

**Dados do Paciente**

Código: 11

Nome: ADÃO ROCHA DOS SANTOS

Sexo: Masculino

Raça: Branca

Profissão: APOSENTADO

D. Nasc.: 4/11/1946

Prontuário: 18936011

Doc. RG.:

Doc. CPF:

Outro Doc.:

N. Outro Doc.:

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

**Pacientes Cadastrados**

	idPaciente	sNomePacien	idInstituicao	sNomeInstitui	dDataCadastr	idUsuarioCad	sNomeUsuari	dDataUltimaA	idUsuarioUlti	sNom
▶	11	ADÃO ROCH	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	8	ANTONIO D	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	2	IONDOR PIR	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	3	JOANA MILA	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	4	MARIA ELIZ	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	5	MARIO FOG	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	9	MIRIAN FER	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA
	6	MOACIR BA	1	HC - Universi	12/1/2010	4	FABIANO ER	12/1/2010	4	FABIA

Fechar

FIGURA 19 - CADASTRO DE PACIENTES

Após o cadastro, a coleta de dados inicia-se com a opção Dados e o comando Coletar. Em seguida, usando o comando “Visualizar/Editar Coleta” aparecerá uma figura que contém a lista de Coletas de Dados já realizadas anteriormente, a Data, à Identificação da Coleta no Protocolo, o Número, o Nome do Paciente e do Protocolo Específico bem como do Usuário (figura 20).

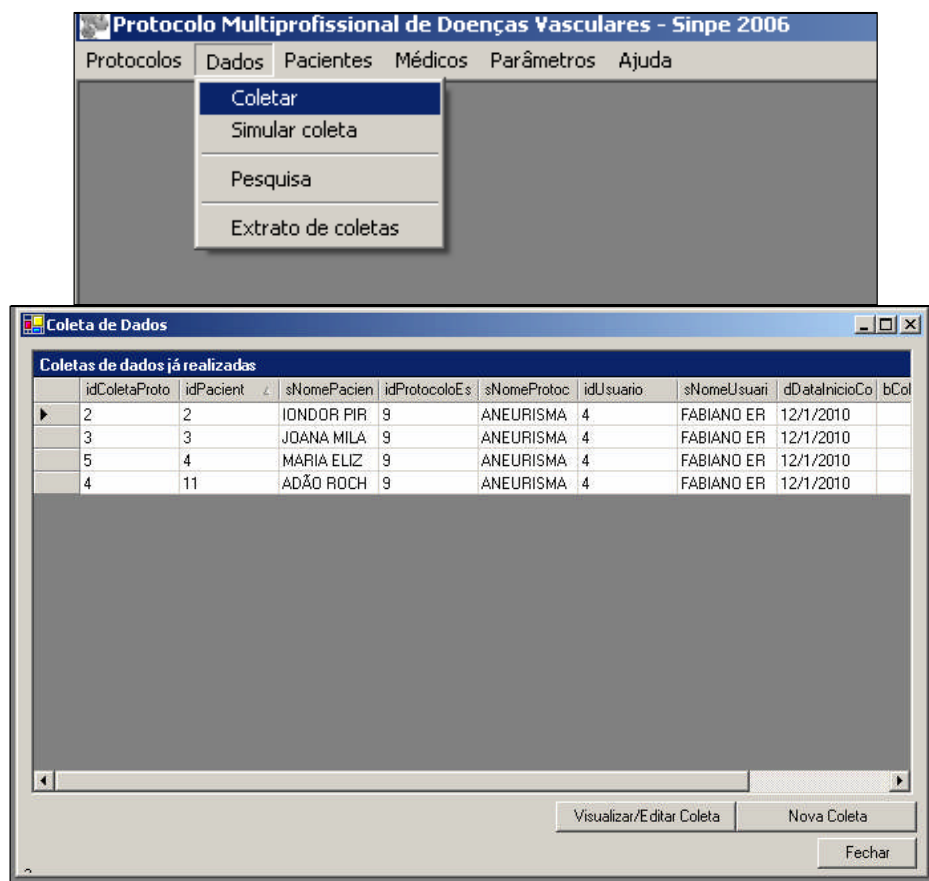


FIGURA 20 - COLETA DE DADOS

Para uma nova coleta de dados é necessário selecionar o protocolo específico, e preencher com o nome do paciente já cadastrado (mas que ainda as informações sobre ele, não tenham sido coletadas), nome do médico responsável pela coleta e em seguida a opção Avançar (figura 21).

**Selecione o nome do protocolo específico e um paciente**

Protocolo Específico: ANEURISMA DA AORTA ABD ▼

Paciente: ▼

Médico resp: ANDRÉ LUIZ ERZINGER (17510) ▼

Cancelar Avançar >>

FIGURA 21 - NOVA COLETA DE DADOS



Para se efetuar a coleta de dados do Indivíduo selecionado ficam disponíveis na tela os itens nome do paciente, seu protocolo específico e a que área da saúde pertence. A partir das informações provenientes do prontuário médico, das entrevistas e após a avaliação clínica do paciente, o coletor seleciona os itens que estão também contidos no protocolo eletrônico (figura 22).

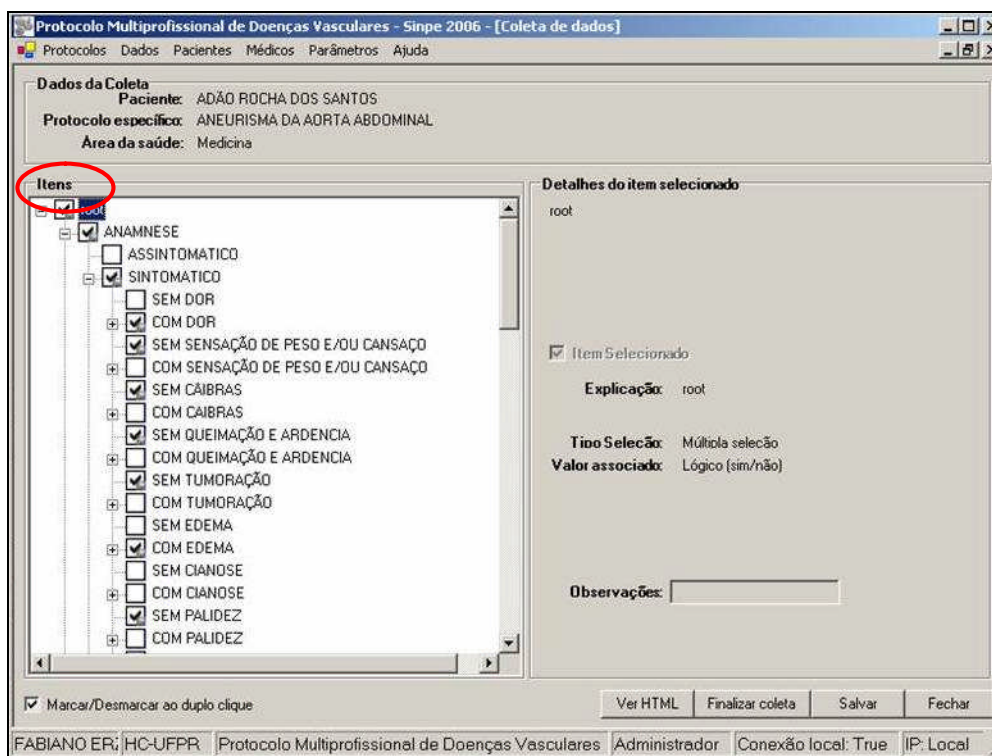


FIGURA 22 - TELA DE COLETA DE DADOS

No intuito de realizar uma pesquisa de dados clínicos dos pacientes com doença aneurismática da aorta abdominal infrarenal, devem ser usadas as opções Dados e Pesquisa, ambas no menu de acesso. Após este acesso irá aparecer uma figura que permite a seleção do protocolo específico, o tipo de pesquisa, o período de coleta e a relação das instituições usadas nesta pesquisa. Na parte inferior esquerda encontram-se os itens de pesquisa selecionados anteriormente; na parte inferior direita, os parâmetros do item selecionado, seus resultados estatísticos, coletas localizadas e os detalhes do item para pesquisa. Após a realização das etapas descritas, para obter dados coletados selecionados e resultados estatísticos, deve-se acessar o comando Iniciar Pesquisa (figura 23).

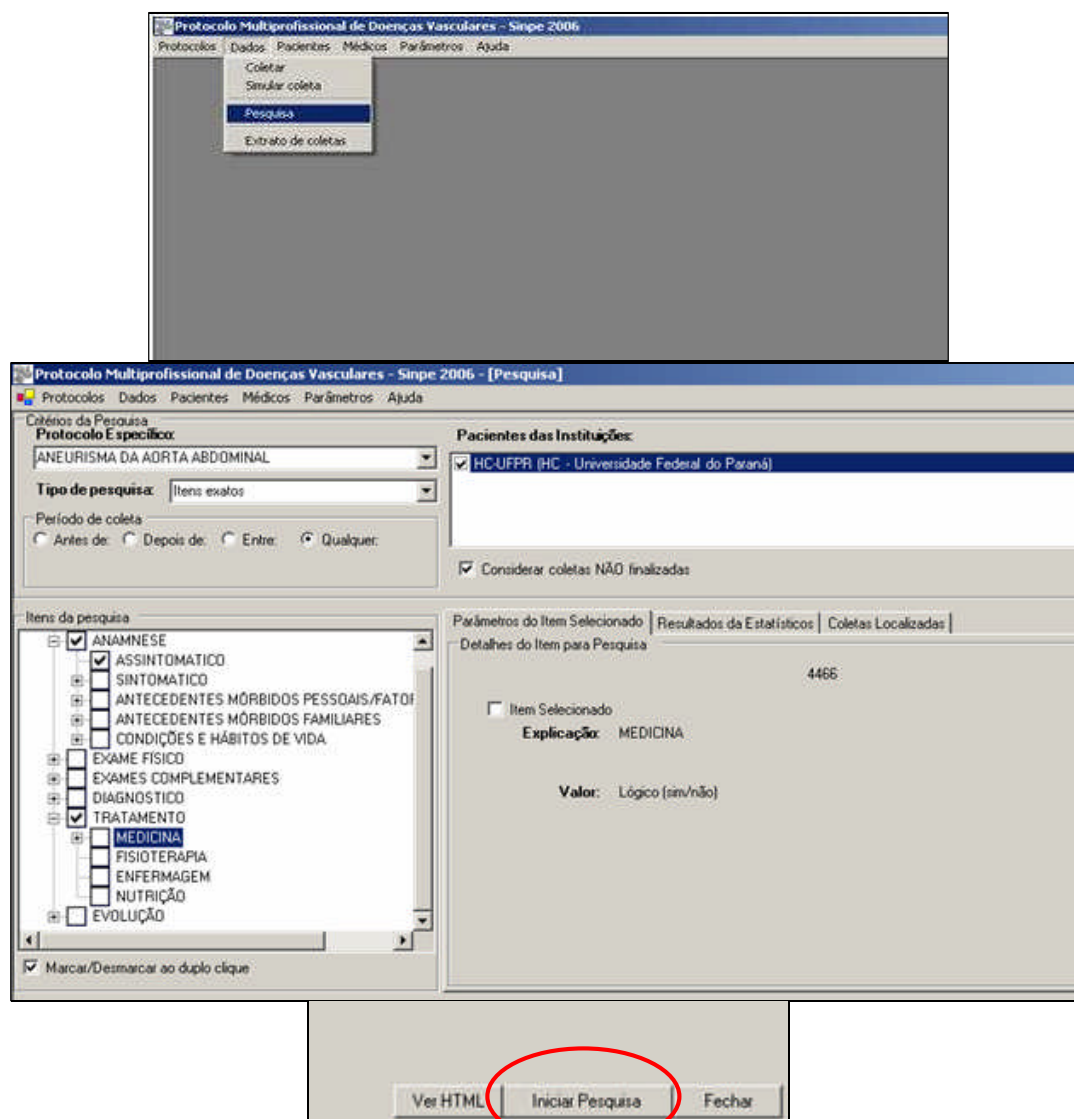


FIGURA 23 - TELA DE COLETA DE DADOS

O resultado da pesquisa aparece na tela, contendo a quantidade de coletas encontradas que satisfazem os parâmetros informados; as informações estatísticas (quantidade de coletas encontradas: 06); e os pacientes que compõem esta amostra (figura 24).

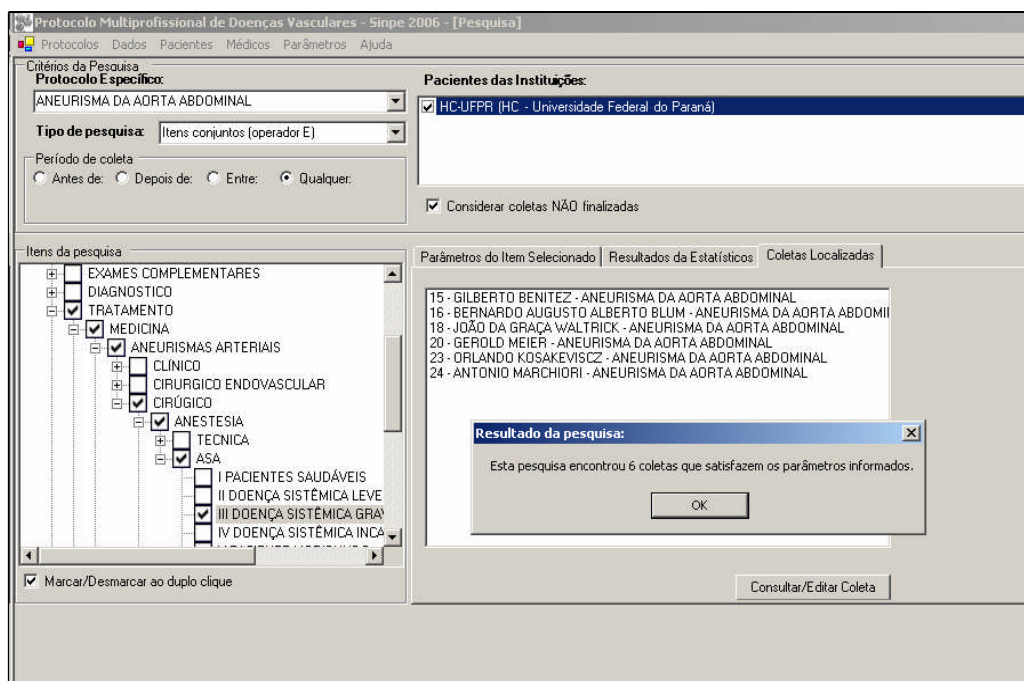


FIGURA 24 - EXEMPLO DE RESULTADO DE PESQUISA

Após selecionar “OK”, aparecerá a estatística o percentual de ocorrências (figura 25).

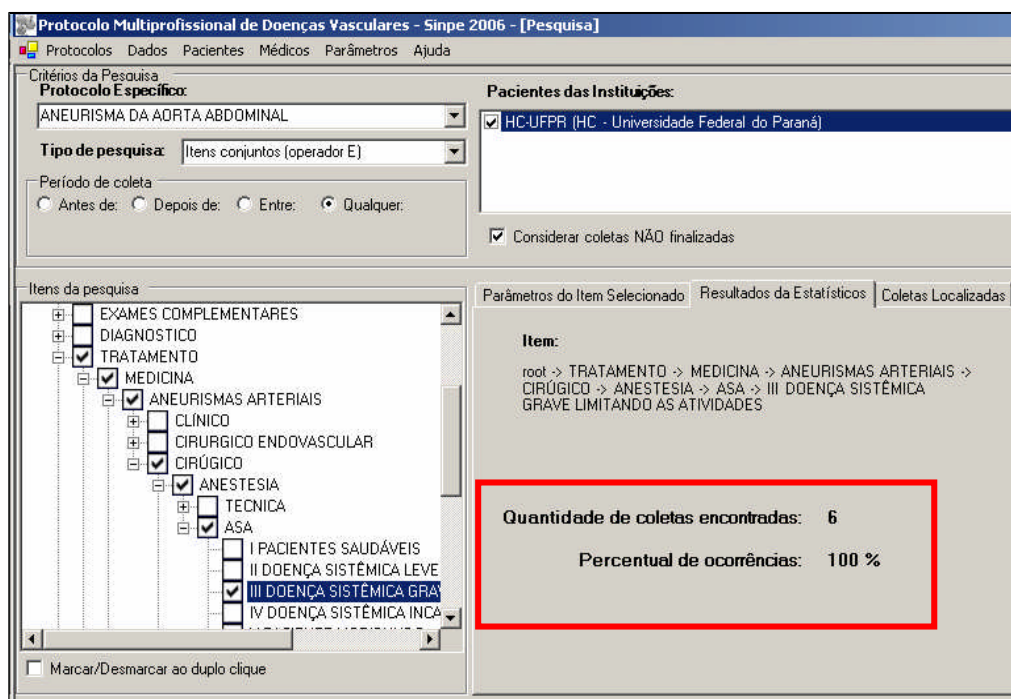


FIGURA 25 - RESULTADO DA PESQUISA

Nas figuras a seguir, encontra-se a seqüência de acesso ao Sinpe® Analisador.

Na pasta do analisador dentro do arquivo do SINPE© clicar em SINPEAnalise.exe para abri-lo (figura 26).

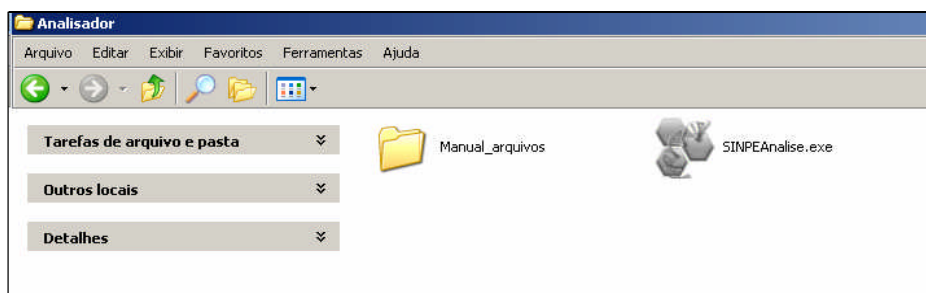


FIGURA 26 - ÍCONE DE ACESSO AO SINPE© ANALISADOR

Após o acesso no ícone do SINPEAnalise.exe, abre-se a tela inicial do programa que exibe a opção “Conexão na base” que é o único botão disponível para o usuário quando inicia o programa. Ao ser selecionado, exibirá a tela padrão de abertura de arquivo do Windows, na qual deverá ser informado o arquivo que contém a base de dados SINPE© que será utilizada para análise de dados coletados (figura 27).

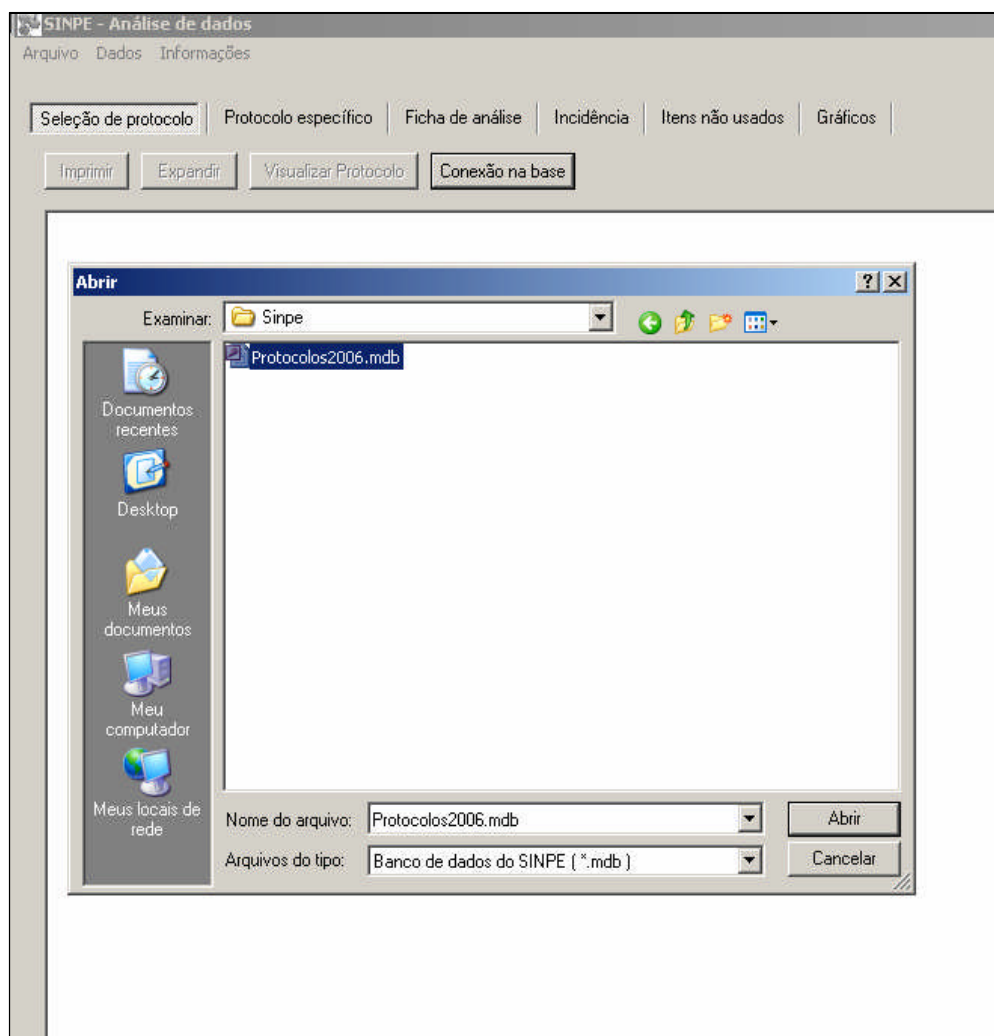


FIGURA 27 - TELA PRINCIPAL DO SINPE© ANALISADOR E LOCAL DA BASE DE DADOS JÁ IDENTIFICADA

Ao encontrar o arquivo da base de dados, abre-se esta tela que mostra o “Protocolo Mestre” e os “Protocolos Específicos”. Escolhe-se qual protocolo específico se deseja analisar. Após selecionado o Protocolo Específico – ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL, clica-se em “Visualizar Protocolo” (figura 28).

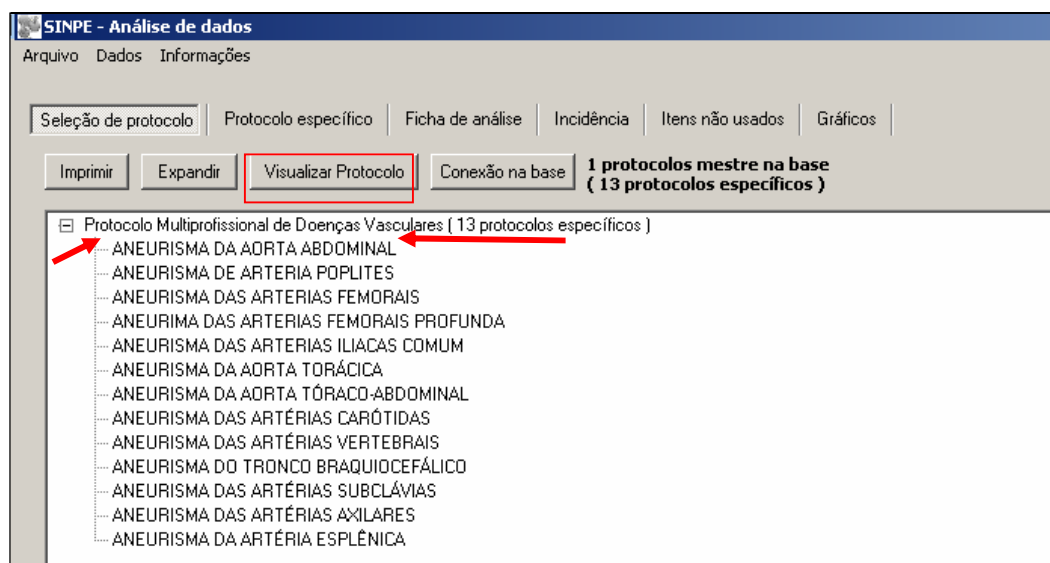


FIGURA 28 - SELEÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

Após clicar em Visualizar Protocolo aparecerá o protocolo específico e as pastas fechadas com o número de itens e subitens de cada uma.

Ao acessar “Detalhes”, irá gerar automaticamente a Ficha de Análise deste protocolo (figura 29).

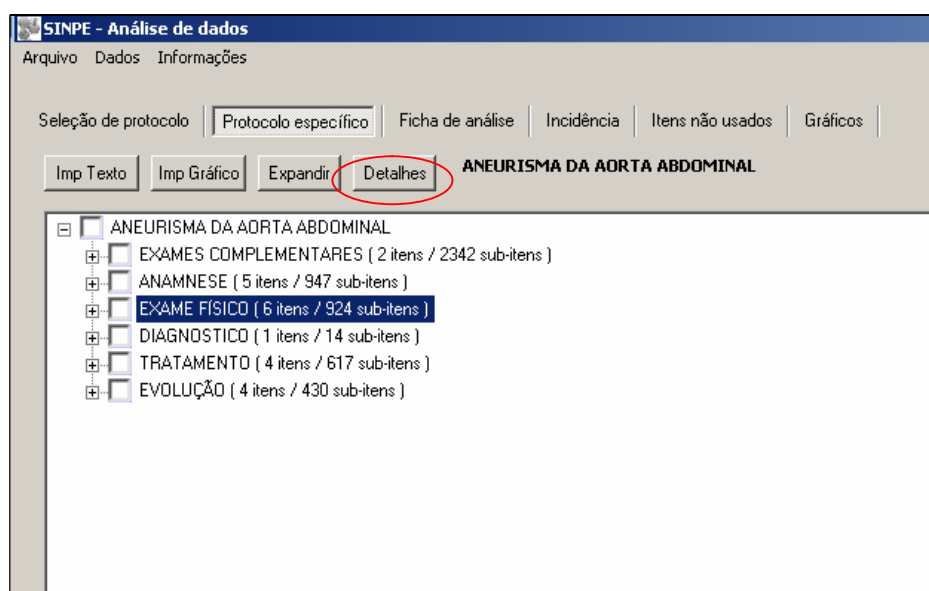


FIGURA 29 - PROTOCOLO ESPECÍFICO A SER ANALISADO

A ficha de análise exibe o nome do protocolo específico, seu protocolo mestre, data de análise, caminho, e o nome do arquivo em disco para referência. São fornecidos o nome do elaborador e a instituição a qual pertence, as datas de

criação e revisão do protocolo em análise e do protocolo mestre da qual faz parte, a área do protocolo e a quantidade de itens de coleta de dados (figura 30).

**SINPE - Análise de dados**  
Arquivo Dados Informações

Seleção de protocolo | Protocolo específico | **Ficha de análise** | Incidência | Itens não usados | Gráficos

Imprimir | Salvar análise | Abrir análise salva | Incidência | Incluir protocolo | Limpar

---

SINPE - Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos  
Copyright (C) Dr. Osvaldo Malafaia  
Registro do SINPE no INPI: 00051543

Módulo de análise de dados

---

**I - Item sob análise**

Análise do protocolo específico: ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL  
Protocolo Mestre: Protocolo Multiprofissional de Doenças Vasculares

Data da análise: 28/1/2010 23:36:42  
Arquivo em disco: C:\Documents and Settings\Gilian\Desktop\SINPE MESTRADO\Sinpe\Protocolos2006.mdb

---

**II - Características gerais**

Elaborado por: Osvaldo Malafaia  
Instituição: HC-UFPR - HC - Universidade Federal do Paraná  
Data de criação deste protocolo específico: 5/1/2010 22:15:42  
Última revisão do protocolo específico: 28/1/2010 03:05:02

**Faz parte do protocolo mestre: Protocolo Multiprofissional de Doenças Vasculares**

Data de criação do protocolo mestre: 21/12/2009 20:12:46  
Última revisão do protocolo mestre: 28/1/2010 02:59:41  
Área do protocolo: Medicina  
Quantidade de itens de coleta: 5281

---

**III - Coletas de dados**

Número de coletas realizadas: 24  
Data de início das coletas de dados: 12/1/2010 14:49:46  
Última coleta de dados iniciada em: 28/1/2010 22:34:07  
Número de colaboradores durante a coleta de dados: 1  
Colaboradores das coletas de dados:  
- FABIANO ERZINGER  
Número de instituições participantes na coleta de dados: 1  
- HC - Universidade Federal do Paraná

FIGURA 30 - FICHA DE ANÁLISE

O módulo automaticamente fornecerá os gráficos relativos aos dados de coleta agrupados por pacientes por instituição, por raça, por sexo e sua distribuição de frequência por faixa etária (figura 31).



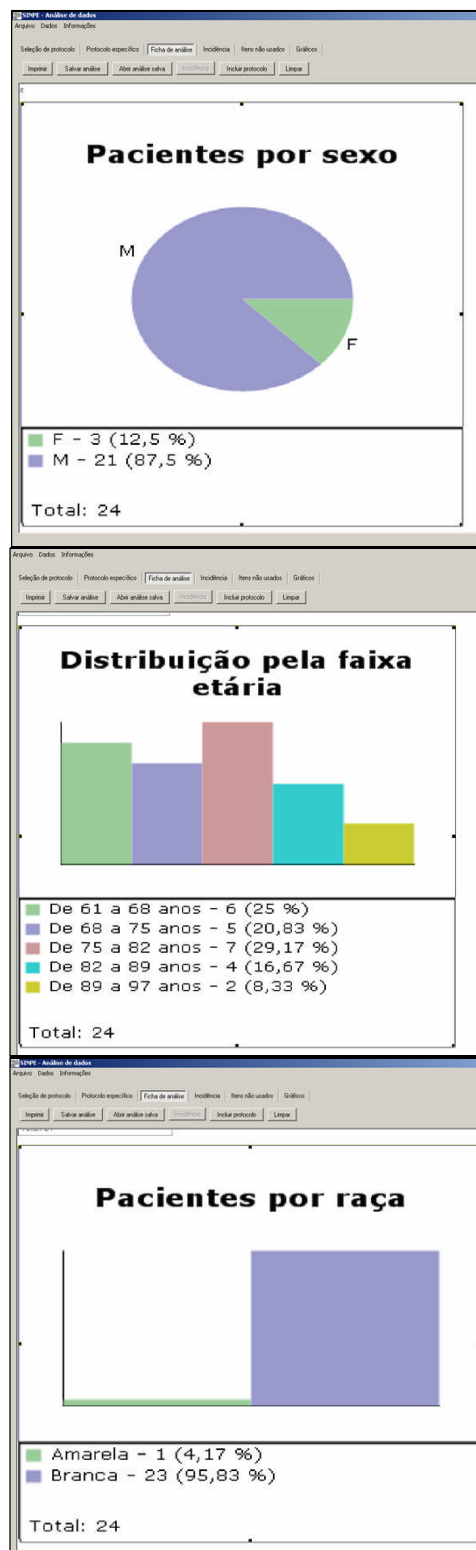


FIGURA 31 - GRÁFICOS DE PACIENTES DISTRIBUÍDOS POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E SEXO

Existe a possibilidade de visualizar a quantidade (número de vezes) e os percentuais de coleta de cada item em relação às coletas realizadas. Os itens cuja coleta nunca tenha ocorrido serão exibidos em vermelho (figura 32)



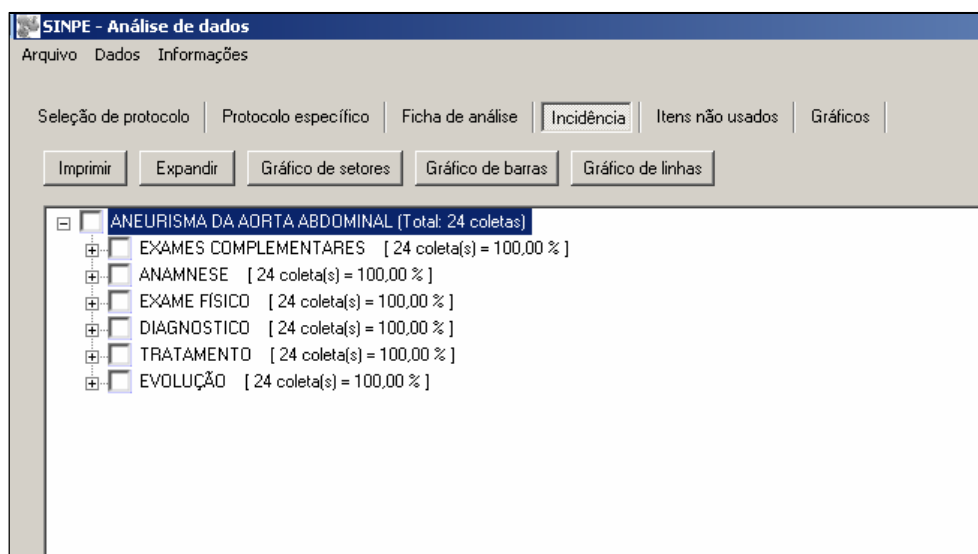


FIGURA 32 - VISUALIZAÇÃO DA PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE CADA ITEM

### 4.3 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO

Foram avaliados 24 pacientes com diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal infrarenal, submetidos a tratamento cirúrgico, sendo três do sexo feminino (12,5%) e 21 do masculino (87,5%). A idade variou de 68 a 82 anos com predomínio de 29,17% na idade entre 75 e 82 anos (gráfico 1) com média de 75 anos. Em relação à raça, um paciente era da raça amarela (4,17%) e 23 da raça branca (95,83%) (gráfico 2). Houve predomínio de 21, 5% do sexo masculino e 12,5% do sexo feminino (gráfico 3).

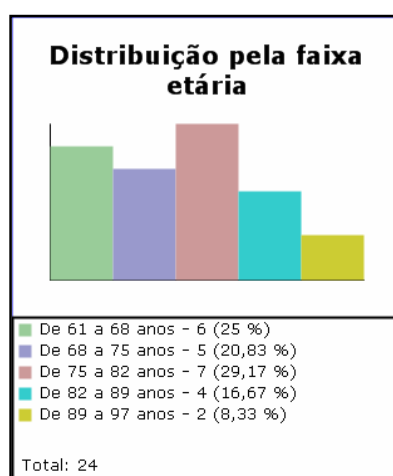


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

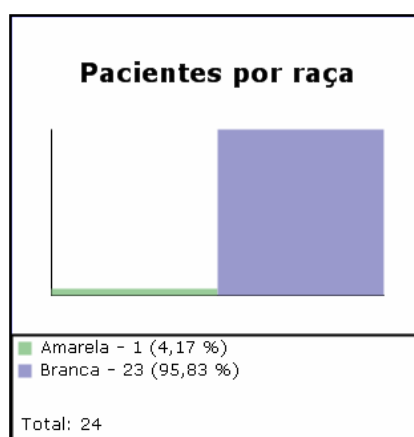


GRÁFICO 2 - RAÇA

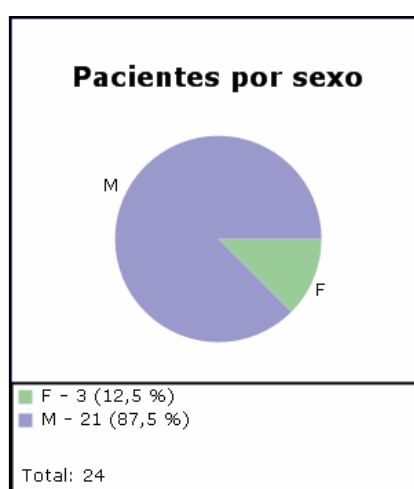


GRÁFICO 3 - SEXO

Como fatores de riscos demonstrou-se que o tabagismo foi encontrado em 15 pacientes e associado aos antecedentes mórbidos pessoais a hipertensão arterial sistêmica, as doenças cardíacas e a doença pulmonar obstrutiva crônica foram as doenças mais predominantes nesta amostra (gráfico 4).

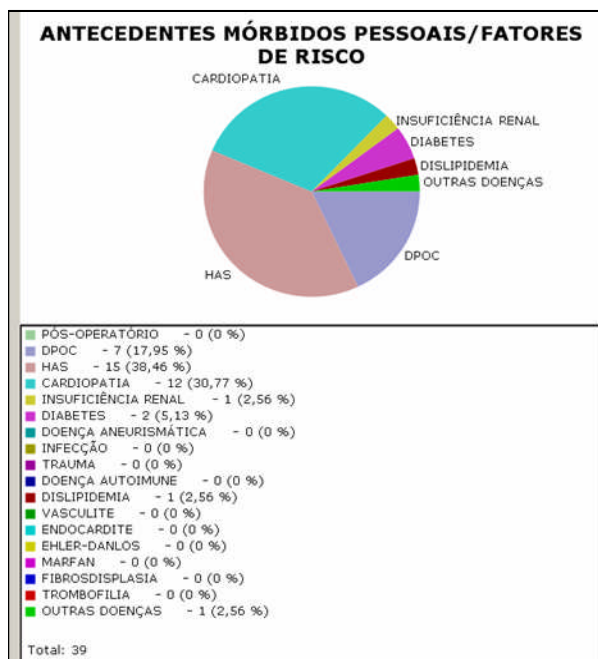


GRÁFICO 4 - FATORES DE RISCO

Com relação ao diagnóstico destes pacientes, mais da metade eram assintomáticos (58,33%) (figura 33). Dos 10 pacientes sintomáticos nove possuíam dor abdominal sendo na maioria dos casos crônica (gráfico 5). A tumoração abdominal foi percebida em todos os casos no exame físico de admissão e a confirmação do diagnóstico bem como o planejamento do tratamento foi em 70,83% dos casos realizado através de exame de imagem tomográfica (figura 34).

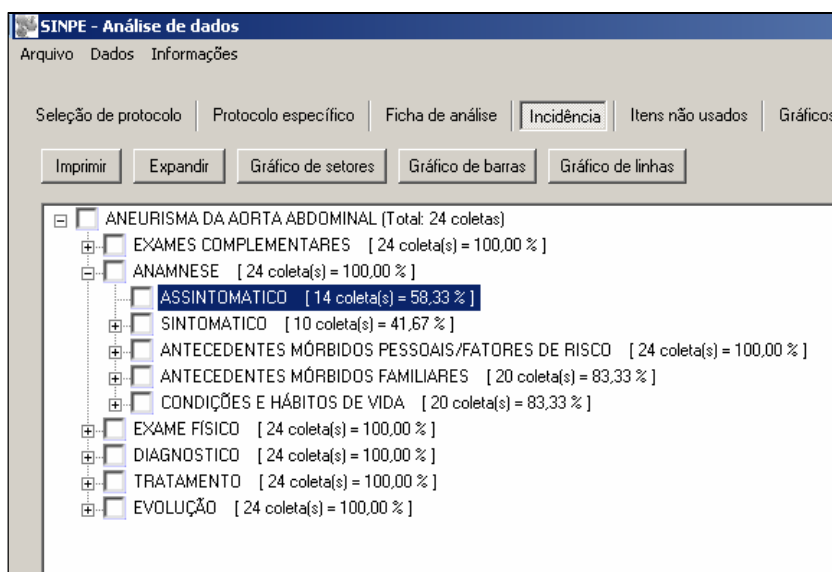


FIGURA 33 - PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

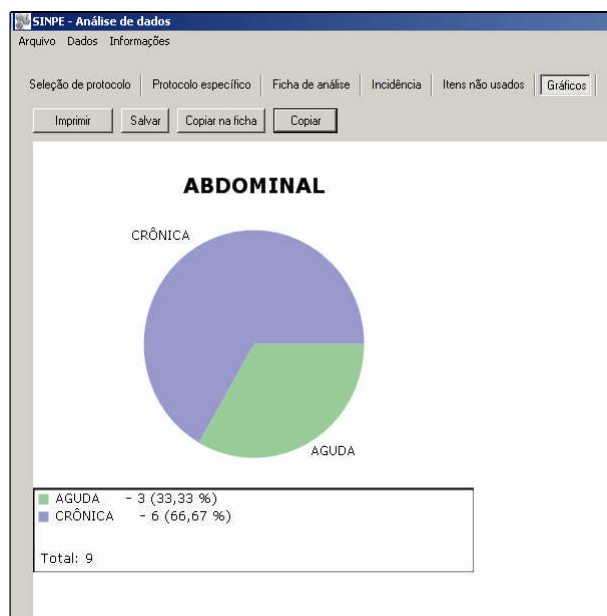


GRÁFICO 5 - PACIENTES SINTOMÁTICOS COM DOR ABDOMINAL

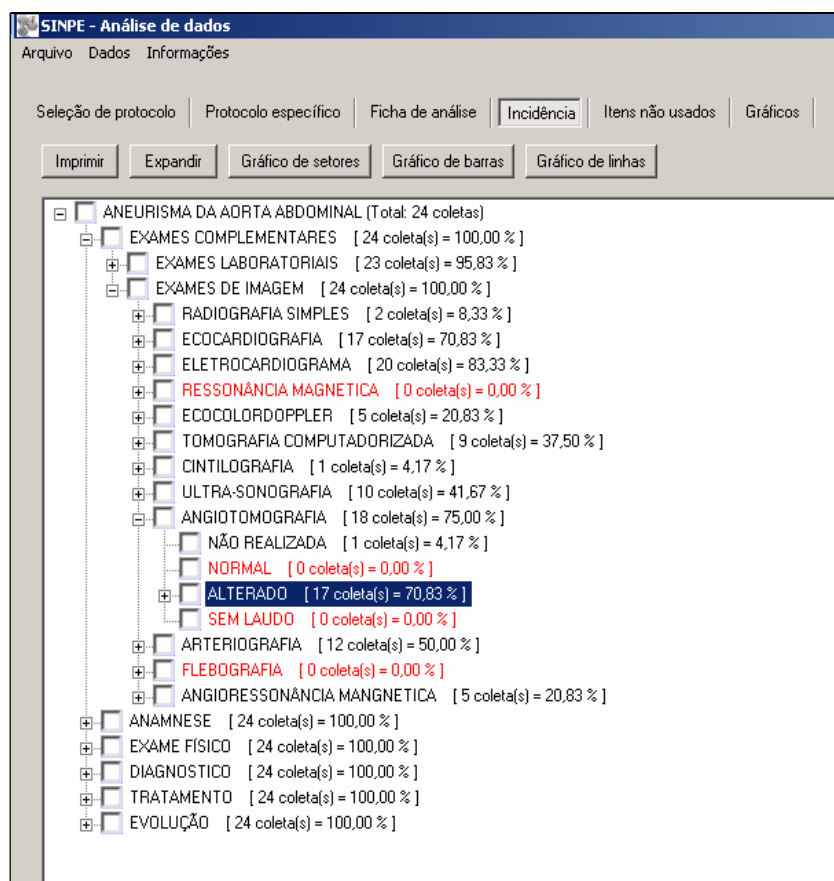


FIGURA 34 - EXAMES COMPLEMENTARES

A classificação morfológica dos aneurisma de aorta abdominal mais predominante foi o fusiforme em 91,3% dos pacientes e em somente dois eram saculares (gráfico 6).

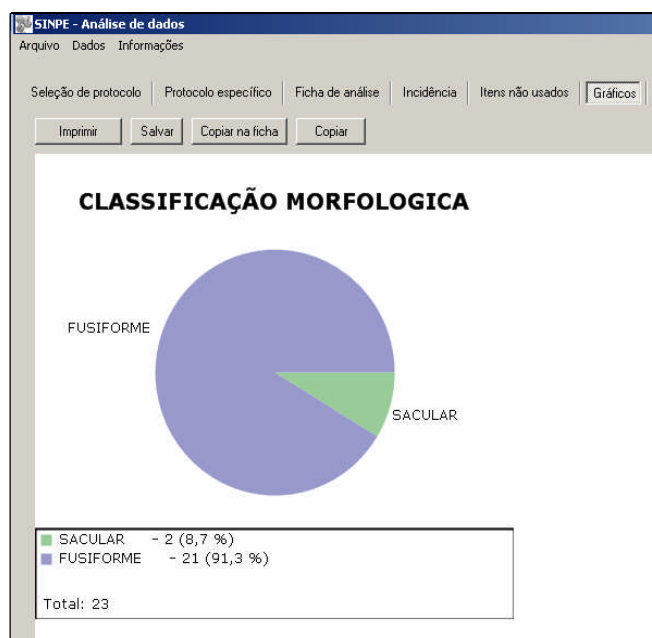


GRÁFICO 6 - MORFOLOGIA DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

O tratamento cirúrgico mais amplamente utilizado foi a derivação aorto ilíaco em 40% dos pacientes (gráfico 7), já no endovascular empregou-se a endoprótese bifurcada em todos os pacientes (gráfico 8).

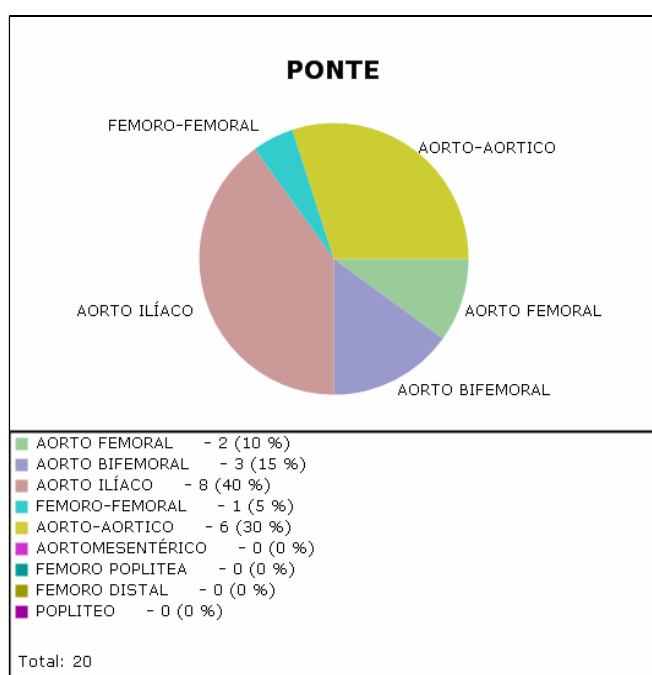


GRÁFICO 7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO

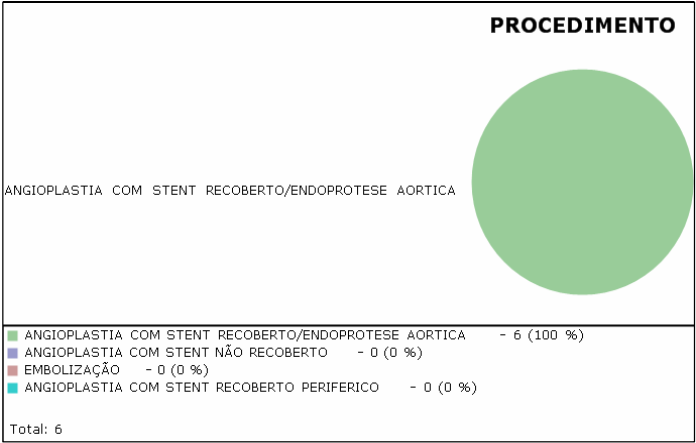


GRÁFICO 8 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR

## 5 DISCUSSÃO.

### 5.1 INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS CLÍNICOS

As informações sobre o paciente, que estão contidas no seu prontuário, são de grande importância, pois podem ser utilizadas para nortear o sistema de saúde de um país, o qual é estabelecido graças ao que se tem documentado no prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos. As quais quando reunidas caracterizam o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão à saúde. Os registros longitudinais que abarcam toda a vida do indivíduo podem gerar a criação de bases de dados, contendo informações agregadas clínicas e administrativas, sendo reconhecida, como de grande impacto e benefício na melhoria da eficácia, eficiência, segurança, e qualidade da prática de saúde. (MASSAD & MARIN & AZEVEDO NETO, 2003)

A demora no levantamento de dados clínicos, história clínica de pacientes incompleta e preenchida de forma manuscrita por diferentes profissionais (frequente na área médica universitária), dificulta, em muito, a correta avaliação dos itens, que estão contidos nos prontuários, prejudicando a credibilidade desta base de dados e impedindo a realização de pesquisas de qualidade. (DICK, 1991; RIND, 1997) Ainda mais com o avanço da medicina que fez surgir, novas técnicas de exames, diagnósticos e tratamentos, gerando aumento no volume de informações clínicas a respeito do paciente. O crescimento das especialidades clínicas permitiu que os cuidados do paciente fossem ampliados para diferentes profissionais, sendo desta forma necessária a criação de um acesso mais rápido e simplificado ao prontuário do paciente por parte destes.

Em meados da década de 90 o Serviço de Informática do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo foi o pioneiro na implementação de um sistema de informação hospitalar que armazena as informações administrativas e clínicas da instituição. Desenvolveu um prontuário eletrônico que utilizava a internet, oferecendo um sistema integrado de acesso a todos os dados do paciente de maneira simples e padronizada. (PIRES et al., 2004)

Os computadores foram por muito tempo, vistos somente nas divisões administrativas e gerenciais dos hospitais, no entanto atualmente o uso da informática em medicina já se encontra muito bem sedimentada. Nos Estados Unidos e na Europa os computadores são utilizados à beira dos leitos onde as visitas ao paciente são realizadas acompanhadas de um laptop, podendo acessar todas as informações sobre dados vitais e evolução diária do paciente. Nos hospitais brasileiros, os computadores estão também sendo mais amplamente utilizados, principalmente nos postos de enfermagem e para acesso aos prontuários eletrônicos.

Leape (2000), Bates (2000) e Christalkis (2008), observaram que a mudança na prescrição de manual para eletrônica na aplicação de medicamentos aos pacientes, houve redução significativa de erros médicos, sendo que nos Estados Unidos cerca de 50.000 mortes ao ano, são decorrentes de erros médicos, potencialmente evitáveis.

A implantação de uma coleta de dados informatizada, na confecção dos prontuários facilita a busca posterior de informações, permitindo a atualização constante de dados de forma organizada, e futuras pesquisas relacionadas. Porém, as maiores dificuldades seriam o alto custo na aquisição de computadores e dos programas, e a falta de recursos humanos capaz de prover manutenção adequada após sua implantação. Considerando que tanto a medicina quanto a informática estão em constante evolução, uma boa base de dados deve permitir modificações em sua estrutura, para acompanhar este desenvolvimento.

Em grandes centros médicos dos Estados Unidos e da Europa, a informática surgiu como alternativa para resolver este problema, ou seja, realizando o preenchimento dos prontuários médicos da forma habitual e, simultaneamente, coletando de maneira padronizada os dados clínicos relevantes com o uso de computadores (protocolos eletrônicos), evitando as limitações e o caráter subjetivo destes prontuários. (MCDONALD, 1992; SITTING, 1994; KOHANE, 1996)

Entretanto, o uso de protocolo eletrônico não aparece de nenhuma forma como substituto do prontuário médico de pacientes. A maior diferença entre ambos é que o protocolo contém fontes de informação sobre um determinado grupo de doença ao contrário do prontuário que se refere a um paciente individual e não segue critério rígido de preenchimento. Este deve continuar a ser preenchido pelo médico para acompanhamento e também para registro legal das condutas.



Semelhante aos protocolos de pesquisa, os prontuários médicos cada vez mais tendem à informatização. Com esta gradual mudança, busca-se a racionalização do tempo de consulta médica e a maior facilidade de busca do histórico de pacientes. (MELO & FERREIRA, 1996)

Da mesma forma, o uso de protocolos na formação de grandes bancos de dados clínicos pode conferir boa qualidade às pesquisas médicas por se tratarem de uma fonte fidedigna de pesquisa científica. (GOONAN, 1995; DAVIDOFF, 1997) Um exemplo é a Universidade do Alabama, que se tornou referência em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) devido suas publicações de trabalhos científicos através de dados clínicos armazenados de forma informatizada. (LEE, 1994)

A utilização da coleta de dados clínicos a partir de um banco de dados não precisa ser exclusiva de uma instituição; pode ter o caráter multicêntrico, como existe na França, onde 38 unidades de terapia intensiva utilizam estes dados padronizados e armazenados em um único banco (LOIRAT et al. 1989); ou na Itália com relação a estudos multicêntricos relacionados às doenças do fígado. (COLTORTI et al., 1991)

Na Grã-Bretanha foi criado em 1997 uma base de dados nacional, pela Sociedade de Cirurgia Vascular da Grã-Bretanha e Irlanda, acumulando informações sobre aneurisma de aorta abdominal, revascularização dos membros inferiores e amputações, podendo ser acessadas pelos sócios previamente cadastrados, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e futuramente a auxiliar nas decisões de condutas médicas. (NATIONAL VASCULAR DATABASE, 2009)

No Brasil a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) mantém um banco de dados eletrônicos *on-line* ([www.amib.com.br](http://www.amib.com.br)), atualizado em 2009 onde é possível o acesso as informações das principais unidades de terapia intensiva (UTIs) brasileiras, permitindo troca de dados clínicos e também a análise de todos os serviços cadastrados.

Desta forma, a coleta de dados clínicos informatizados estimula e facilita o desenvolvimento de estudos multicêntricos, aumentando o número de dados disponíveis e melhorando a qualidade dos trabalhos científicos, proporcionando também, redução no tempo de pesquisa, aumento da população estudada e resultados mais rápidos e precisos. (BLUMEINSTEIN, 1995)

## 5.2 CONFECÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS ARTERIAIS

A elaboração da base teórica de dados clínicos e cirúrgicos das doenças vasculares seguiu a linha de pesquisa criada pelo Professor Doutor Osvaldo Malafaia para coleta de dados.

Descritos por Sigwalt (2001) em sua dissertação de mestrado em 2001, os princípios estão relacionados à criação de um protocolo informatizado de coleta de dados clínicos capaz de gerar, de forma prospectiva, um banco de dados de qualidade, caracterizado pela simplicidade em sua forma de preenchimento e geração de informações.

A elaboração do protocolo eletrônico em “Aneurismas arteriais” nos seus diversos sítios arteriais, iniciou após pesquisa na literatura mundial com relação ao assunto escolhido. Os critérios adotados e para a revisão bibliográfica foram à consulta dos livros texto específicos na área de Cirurgia Vascular e de reconhecimento nacional e internacional. Esta pesquisa foi complementada e atualizada com a busca, na internet, de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos reunindo dados suficientes e representativos para elaboração do protocolo. A busca de informações na internet apresentou diversas vantagens, pois ofereceu serviços livres de tarifas, pode ser acessada a qualquer hora do dia e também foi possível a seleção de artigos de todas as partes do mundo.

O uso desta ferramenta revolucionou a procura por informações recentemente publicadas e constitui um precioso artifício para o pesquisador e médico interessado nas últimas atualizações da sua especialidade. (KUCHENBECKER & SCHMITZ & DICK, 2001)

A idéia de incluir todas as doenças vasculares neste protocolo encontrou a inconveniência do grande número de doenças, sendo que muitas delas não são observadas na prática diária devido à rara incidência, grande diversidade de apresentações clínicas. Desta forma o protocolo conteria longa lista de doenças e a grande maioria dos usuários teria dificuldade de manuseio.

Optou-se então por escolher, as mais freqüentes encontradas na prática clínica de acordo com a literatura consultada e algumas que apesar de serem não tão predominantes, apresentam importância epidemiológica e são de interesse acadêmico, pois contam com poucos estudos prospectivos. Como exemplo, pode ser incluído os aneurismas nas artérias renais de pacientes hipertensos, em que a melhor conduta ainda não está definida, pois não se sabe ao certo qual é a repercussão deste aneurisma na função renal.

### 5.3 CONFEÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO

O Programa de Pós – Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná vêm desenvolvendo, desde 1999, um importante projeto de informatização de dados clínicos com finalidade de pesquisa. Inicialmente denominado “Protocolos Eletrônicos” foi idealizado pelo Prof. Dr. Osvaldo Malafaia e auxiliado pelos Professores Emerson Paulo Borsato e José Simão de Paula Pinto. Após diversas modificações e aperfeiçoamento utiliza-se atualmente a última versão deste programa que foi desenvolvida em 2003 e denomina-se SINPE© (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos).

O protocolo eletrônico foi programado na linguagem C# da Microsoft® sendo executado sobre o programa.net Framework®, facilitando a adaptação do seu sistema para utilização na, internet, computadores de mão (PDAs), além de permitir a instalação por CD-ROM, gerando portabilidade e maior potencial de uso e avaliação do sistema. O arquivo criado pelo Access® foi utilizado para permitir que o programa de protocolos eletrônicos (SINPE©) seja utilizado de maneira independente em outros computadores, principal motivo que explica a utilização da conexão local do programa.

Desta maneira, o trabalho foi desenvolvido de modo que seja facilmente executado por computadores e sistemas amplamente difundidos nos mercados de informática nacional e internacional, minimizando o risco de incompatibilidade e impossibilidade de execução do programa.

Atualmente, já estão cadastradas no SINPE©, mais de 100 doenças e com aproximadamente 120.000 itens de dados prontos, abrangendo diversas áreas da

medicina e outras profissões da área da saúde como fisioterapia, enfermagem e nutrição.

O protocolo de doenças vasculares em aneurismas arteriais, proporcionará de maneira uniforme e segura a captação e armazenamento de dados clínicos e cirúrgicos que serão utilizados em futuras pesquisas. Os custos para sua implantação, mesmo levando em conta os anos de pesquisa e investimentos iniciais, feitos pelo professor Malafaia, são relativamente baixos frente à sua importância e abrangência. A pesquisa sempre será o pilar que sustenta o desenvolvimento e avanço da medicina. A possibilidade de facilitar o desenvolvimento da pesquisa trará benefício imensurável para o mundo científico.

Segundo Dorr et al. (2007), o uso da informática médica no armazenamento de dados, visando à produção de estudos com grandes séries de pacientes contendo informações e conseqüente produção de meta-análises e guidelines, tem apresentado resultados consideráveis, refletindo na melhora do tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, confirmando a importância da coleta estruturada de dados clínicos.

É de fundamental importância que se tenha o auxílio e o suporte técnico dos profissionais de informática na escolha dos métodos para a confecção, implantação, coleta e na manutenção deste protocolo. A informática associada à medicina, está em franca expansão, necessitando de estudos contínuos, com objetivo de realizar melhoramentos e adequações para o seu desenvolvimento. Os avanços e novidades, que também ocorrem na área médica, foram lembrados na formatação deste protocolo eletrônico, permitindo a inserção de novos itens, sem alterar o banco de dados já utilizado, no entanto as alterações por uma questão de segurança dos dados inseridos e da confidencialidade, só poderão ser realizadas pelo usuário administrador e não pelos usuários coletores, visualizadores ou pesquisadores.

Espera-se ter contribuído para a comunidade científica médica, e que a coleta eletrônica de dados clínicos dos pacientes com aneurismas arteriais, dê ainda mais impulso nesta nova realidade científica, baseada na integração multidisciplinar da informática com a área médica, estimulando novas pesquisas com cada vez mais qualidade e credibilidade.

## 6 CONCLUSÕES

- 1) A criação da base de dados clínicos, relacionada aos aneurismas arteriais, foi possível utilizando a metodologia empregada na linha de pesquisa;
- 2) a informatização da base foi possível na forma de protocolo mestre e seus protocolos específicos sobre os 22 sítios arteriais aneurismáticos, disponibilizando meios para coleta de dados de pacientes, assim como o resgate destas informações de forma organizada para uso em estudos científicos;
- 3) com o desenvolvimento final deste protocolo informatizado, procedeu-se sua incorporação ao Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©);
- 4) o protocolo eletrônico teve a sua funcionalidade testada através da realização de um projeto piloto, com a análise dos dados coletados, realizada pelo módulo SINPE© Analisador.

## REFERÊNCIAS

AFRIN, L. B.; KUPPUSWAMY, V.; SLATER, B.; STUART, R. K. Electronic Clinical Trial Protocol Distribution via World-Wide Web: A Prototype for Reducing Cost and Errors. Improving Accrual and Saving Trees. **Journal of American Medical Informatics Association**, v. 4, n. 1, p.25-35, 1997.

ASCHER, E.; HOLLIER, L. H.; STRANDNESS, D.; JONATHAN, E.B.; CALLIGARO, T.K.; KENT, K.G.; MONETA, G.L.; PEARCE, W.H.; RICOTTA, J.J; HAIMOVICI, H. **Haimovici. Cirurgia Vascular**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.

ATALLAH, A.N. A incerteza, a ciência e a evidência. **Diagnostico e Tratamento**. São Paulo. v.9, p. 27-28. 2004.

BATES, D. W. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. **Br Med J**, v. 320, p. 788-791, 2000.

BELTRÃO, C. J; ARAÚJO, L. M. D.; RIBEIRO, L. D. F. Sistema de apoio à enfermagem baseado em protocolos. **Anais do Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, 2002.

BLETTNER, M.; SAUERBREI, W.; SCHLEHOFER, B.; SCHEUCHENPFLUG, T.; FRIEDENREICH, C. Traditional reviews, meta-analyses and pooled analyses in epidemiology. **International Journal of Epidemiology**. London, v. 28, p.1-9, 1999.

BLUMEINSTEIN, B.A. Medical research data. **Controlled Clinical Trials**. New York, v.16, p.453-455, 1995.

BICKERSTAFF, L.K.; HOLLIER, L.H.; VAN PEENEN, H.J.; MELTON, L.J.; PAIROLERO, P.C.; CHERRY, J. J. Abdominal aortic aneurysms. **Vasc Surg**, v.1, n. 1, p. 6-12, jan. 1984.

BRITO, C.J.; DUQUE, A.; MERLO, I.; MURILO, R.; FILHO, V. L. **Cirurgia Vascular: Cirurgia Endovascular: Angiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro:Revinter, 2008.

BOFFETTA, P.; SARACCI, R.; ANDERSEN, A.; BERTAZZI, P.A.; CHANG-CLAUDE, J.; CHERRIE, et al. Cancer mortality among manmade vitreous fiber production workers. **Epidemiology**, v.8, p.259-268, 1997.

BONAMIGO T.P; VON RISTOW, A. **Aneurismas**. Rio de Janeiro:Di, p. 23-45,1999.

BORSATO, E. P. **Modelo Multicêntrico para Elaboração, Coleta e Pesquisa de Dados em Protocolos Eletrônicos**. [Doutorado]. Curitiba:UFPR, 2005.

CARVALHO, L.F. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. 2. ed., São Paulo: LTr Editora /MEC, 1977.

CFM. **Resolução 1634/2002**. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. Acesso em: 02 maio 2008.

COLTORTI, M.; DEL VECHIO BLANCO, C.; CAPORASO, N. Liver cirrhosis in Italy. A multicenter study on presenting modalities and the impact on health care resources. National project on liver cirrhosis Group. **Italian Journal Gastroenterology**. Padova, v.23, n.1, p.42-48, 1991.

CHRISTAKIS, N. A. Don't just blame the system. **BJM**, v. 336, n. 7647, p. 747, 2008.

CRONENWETT, J.L.; RUTHERFORD, R.B. **Decision Making in Vascular Surgery**. PA. W.B. Saunders, Philadelphia, 2001.

CUPAK, K; GABRIC, N. The importance of computer observation of postoperative complication in ophthalmology presented on the model of postoperative complications following cataract surgery. **Acta Med. Iugosl**. Prague, v. 45, n. 2, p.175-182, 1991.

CURCI, J.A.; BAXTER, B.T.; THOMPSON, R.W. Arterial Aneurysms: Etiologic Considerations. In: RUTHERFORD, R.B. **Vascular Surgery**. 6. ed. W.B. Sauders Company, Denver Colorado, p.475-92, 2005.

DAVIDOFF, F. Databases in the next millennium. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.117, n.8, p.770-774, 1997.

DEBOSCKER, Y. **Le dossier médical dans les établissements de santé**. Paris,1997.

DICK, R.S. The computer-based patient record – an essential technology for health care. **Institute of Medicine, National Academy Press**. Washington, 1991.

DICKERSIN, K. How important is publication bias? A synthesis of available data. **AIDS Education Prevention**, v.9 (Suppl A), p.15-21, 1997.

DIENER, R.R.C.; SILVA, N.M. Aspectos Administrativos, Éticos e Legais do Prontuário Médico. **Arquivo Catarinense de Medicina**. Santa Catarina, v.23, p.181-183, 1994.

DORR, D.; BONNER, L.M.; COHEN, A.N.; SHOAI, R.S.; PERRIN, R.; CHANEY, E.; YOUN, A.S. Informatics Systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. **J Am Med Inform Assoc**, v.14, n.2, p.156-163, mar 2007.

DOYLE, D.J.; RUSKIN, K.J.; ENGEL, T.P. The Internet and medicine: past, present, and future. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v.69, n.5, p.429-437, 1996.

EMBI, P. J.; YACKEL, J. R.; BOWEN, J. L., et al. Impacts of computerized physician documentation in a teaching hospital: perceptions of faculty and residents physicians. New York. **J. Am. Inform. Assoc.**, v. 11, n. 4, p. 300-309, 2004.

FRIEDENREICH, C. M. Methods for pooled analyses of epidemiologic studies. **Epidemiology**, v.4, p.752-760, 1993.

FRIEDMAN, G.D. **Primer of epidemiology**. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

GRIMSHAW, J. M.; RUSSEL, I. T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. **Lancet**, v.342, n.8883, p.1317-1322, 1993.

GRÉMY, F. **Informatique médicale: introductions à la méthodologie em médecine et santé publique**. Paris:Ed. Flammarion, 1987.

GOODACRE, S. Research methods: beyond the clinical trial. **Annals of Emergency Medicine**. Lansing, v.42, n. 1, p. 56-65, 2003.

GOONAN, K.J. **The Juran prescription: Clinical Quality Management**. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.



HINOJAL, F; GALAN, J.C. Los protocolos médicos. **Revista Salud Rural**, 1996, n.13, p71-76, Disponível em: <http://www.uv.es/~docmed/documed/documed/1447.html>. Acesso em: 09 agosto. 2009.

JOHNSON, K.W.; RUTHERFORD R.G.; TILSON M.D.; SHAH, D.M.; HOLLIER, L.; STANLEY, J.C. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. **J Vasc Surg**, v.13, p.452-458, 1991.

KAHN, M. Clinical databases and critical care research. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, v.10, n.1, p.37-51, 1994.

KOHANE, I.S.; GREENSPUN, P.; FACKLER, J.; CIMINO, C.; SZOLOVITS, P. W3-EMRS: Building national electronic medical record systems via the World Wide Web. **Journal of American Medical Informatics Association**, v. 3, p.191-207, 1996.

KUCHENBECKER J.; DICK H.B.; SCHMITZ K.; BEHRENS-BAUMANN W. Use of Internet technologies for data acquisition in large clinical trials. **Telemedicine Journal and EHealth**, v.7, n. 1, p.73-76, 2001.

LAWRENCW P.F.; LORENZO –RIVERO S.; LYON J. L. The incidence of iliac, femoral and popliteal artery aneurysms in Hospitalized patients. **J Vasc. Surg**, v.22, p.409, 1995.

LEAPE, L. L.; BERWICK, D. M. Safe health care: are we up to it? **Br Med J**. v. 321, p. 725- 726, 2000.

LEE, J. Y. Uses of clinical databases. **The American Journal of Medical Science**, New York, v.308, p.58-62, 1994.

LESS, T.; STANSBY, G. **The national vascular database Report**. Disponível em: <http://www.vascularsociety.org.uk> Acesso em: 16 dezembro 2009.

LOBATO, A.C.; ARAÚJO, A.P.; PEREIRA, A.H.; RISTON, A.V.; COLLI, D.F.; MIRANDA, F.; PITTA, G.B.B.; MOURA, L.K. **Cirurgia Endovascular**. Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo. São Paulo, 2006.

LOIRAT, J.R. Description of various types of intensive and intermediate care units in France. **Intensive Care Medicine**. New York, v.15, n.4, p.260-265, 1989.

LUBIN, J.H., et al. Randon exposed underground miners and inverse dose-rate (protraction enhancement) effects. **Health Physicist**, v.14, p.2057-2079, 1995.

MAFFEI F.U.; LASTÓRIA, S.; YOSHIDA, WB; ROLLO, H.A.; GIANNINI, M.; MOURA, R. **Doenças vasculares periféricas**. 4. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.

MALAFIA, O.; BORSATO, E. P.; PINTO J. S. P. Gerenciamento do conhecimento em protocolos eletrônicos de coleta de dados. In: **Simpósio Internacional de Gestão do Conhecimento**. Curitiba, 2003.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO NETO, R.S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP, 2003.

McDONALD, C.J.; TIERNEY, W.N.; OVERHAGE, M. The Regentrief Medical Record System: 20 years of experience in hospitals, clinics, and neighborhood health centers. **Medical Data Computing, Shifffield**, v.9, n.4, p.206-217, 1992.

MELO C.P.; FERREIRA; D.P. Aspectos legais do registro médico eletrônico no Brasil. In: **Anais do III Fórum Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde**. São Carlos. São Paulo, p. 657-658, 1996.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação**. [online]. Brasília: MEC; 2004. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>. Acesso em: 20 julho 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 13 agosto 2009.

MORAES, I.N. **Erro médico**. São Paulo: Maltese; 1991.

MOTA, F. R. L. **Prontuário Eletrônico do Paciente: estudo do uso pela equipe de saúde do Centro de Saúde Vista Alegre**. Belo Horizonte: Escola de Ciência da Informação da UFMG, 2005.

MOURA, A. D. et al. Integração entre sistemas de informação em saúde. In: **Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Florianópolis. p.703-709, out. 2006.

NIGHTINGALE, F. 1820-1910. **Notas sobre Enfermagem – o que é e o que não é.** Tradução: Amália Corrêa de CARVALHO. Prefácio de Ieda Barreira de CASTRO. São Paulo: Cortez/ABEn/CEPEEn, 1989.

NOVAES, H. M. D. A evolução do registro médico. In: **O Prontuário Eletrônico Do Paciente Na Assistência, Informação e Conhecimento Médico.** São Paulo: USP, 2003.

NUNES, M. M. **Investigação da Documentação Digital em um Ambulatório de Ortopedia.** São Paulo, 2005. Dissertação (mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo

PAHO. **Pan American Health Organization.** A Library Cataloguing in Publication Data. Setting up Healthcare Services Information Systems: A Guide for Requirement Analysis, Application Specification, and Procurement. Washington, 1999.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

PEREIRA, M.H.R. **Estudos de História da Cultura Clássica.** Lisboa: F.C. Gulbenkian, p. 248-249, 2003.

PIRES, F.A.; GUTIERREZ, M.A.; FURUIE, S.S.; REBELO, M.S.; RAMON A MORENO, R.A.; SANTOS, M. Implementação de um sistema integrado de gestão hospitalar usando software livre em arquitetura de três camadas. In: **IX Congresso de Informática e Saúde.** Ribeirão Preto – SP, nov. 2004. Disponível em: [www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/468.pdf](http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/468.pdf). Acesso em 28 junho 2009.

REYES, A. **Protocolos médicos.** Madrid. 26 jan. 2003. Disponível em: [http://www.geocities.com/amirhali/\\_fpclass/protocolos\\_medicos.htm](http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/protocolos_medicos.htm). Acesso em: 23 outubro 2009.

RIND, D.M.; KOHANE, I.S.; SZOLOVITS, P.; SAFRAN, C.; CHUEH, H.C.; BARNETT, G.O. Maintaining the Confidentiality of Medical Records Shared over the Internet and the World Wide Web. **Annals of Internal Medicine**, v.127, p.138-141, jul. 1997.

ROGER FRANCE, F. H; GAUNT, P. N. The need for security - a clinical view. **Int J Biomed Comput**, v. 35, Suppl 1, p. 189-194, 1994.

RUTHERFORD, R.B; BAKER, J.D.; ERNST, C.; JOHNSTON, K.W.; PORTER, J.M.; AHN, S.; JONES, D.N. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. **J Vasc Surg**, v.26, n.3, p.517-538,1997.

RUTHERFORD, R.B. **Vascular Surgery**. 6 ed. W.B. Saunders Company, Denver Colorado, 2005.

SABBATINI, R. M. E. 2002. **Preservando a confiabilidade médica na Internet**. Revista Check-up. Disponível em: <http://www.sabbatini.com/renato/papers/checkup-10.htm>. Acesso em: 03 outubro 2009.

SIEGEL, G. M. Group Designs in clinical research. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v.52, p.194-199, 1987.

SIGULEM, D. **Um novo paradigma de aprendizado na prática médica da UNIFESP/EPM**. [Doutorado]. São Paulo: UFSP, 1997.

SILVA, F. G.; NETO, J. T. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.2, p. 113-26, 2007.

SITTIG, D.F. Grand challenges in medical informatics?. **Journal of the American Medical Informatics Association**. Chicago, v.1, n.5, p.412-413, 1994.

STANLEY, J.C. Abdominal visceral aneurysms. In: **Haimovici:Vascular Emergencies**. Appleton-Century-Crofts. New York. p 387-396, 1981.

STEWART, L. A. On behalf of the Cochran Working Group on Meta-Analysis Using Individual Patient Data. Practical methodology of meta-analysis (overviews) using updated individual patient data. **Statistics in Medicine**, v.14, p. 2057-2079, 1995.

TUNIS, S. R.; STRYER, D. B.; CLANCY, C. M. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. **JAMA**. v.290, n. 12, p. 1624-32, 2003.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. **Ann. Intern. Med**, v. 142, p.198-202, 2005.

USLU, A. M.; STAUSBERG, J. Value of the electronic patient record: an analysis of the literature. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 41, n. 4, p. 675-82, 2008.

VAN BEMMEL, J.H.; MUSEN, M.A. **Handbook of medical informatics**. Springer-Verlag. New York, 1997.

YOUNG, A. S.; CHANEY, E.; SHOAI R.; BONNER, L.; AMY N.; COHEN N.A.; DOEBBELING, B.; DORR, D.; GOLDSTEIN, M.K.; KERR, E.; NICHOL, P.; PERRIN, R. Information technology to support improved care for chronic illness. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, n. 3, p. 425-430, 2007.

ZELENOCK, G.B; HUBER, T.S.; MESSINA, L.M.; LUMSDEN, A.B.; MONETA, G.L. **Mastery of Vascular and Endovascular Surgery**. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

## APÊNDICE - PROTOCOLO INFORMATIZADO DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DOS ANEURISMAS ARTERIAIS

### PROTOCOLO MESTRE

Itens (5092 elementos)

- 1 - ☐ root
- 2 - ☐ ANAMNESE
- 3 - ☐ ASSINTOMÁTICO
- 3 - ☐ SINTOMÁTICO
- 4 - ☐ SEM DOR
- 4 - ☐ DOR
- 5 - ☐ CERVICAL
- 6 - ☐ AGUDA
- 7 - ☐ DIREITA
- 7 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ CRÔNICA
- 7 - ☐ DIREITA
- 7 - ☐ ESQUERDA
- 5 - ☐ TORÁCICA
- 6 - ☐ AGUDA
- 7 - ☐ PRECORDIAL
- 7 - ☐ INTERESCAPULAR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX DIREITO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX ESQUERDO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 6 - ☐ CRÔNICA
- 7 - ☐ PRECORDIAL
- 7 - ☐ INTERESCAPULAR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX DIREITO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX ESQUERDO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ QUIRODATILOS
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 7 - ☐ CLAUDICAÇÃO
- 8 - ☐ LIMITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 8 - ☐ INCAPACITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 5 - ☐ ABDOMINAL
- 6 - ☐ AGUDA
- 7 - ☐ INTENSIDADE
- 8 - ☐ FORTE
- 9 - ☐ SÚBITA
- 9 - ☐ PROGRESSIVA
- 8 - ☐ FRACA
- 9 - ☐ SÚBITA
- 10 - ☐ PROGRESSIVA
- 7 - ☐ DOR PÓS PRANDIAL
- 8 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ DOR APÓS ATIVIDADE FÍSICA
- 8 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ FREQUÊNCIA

- 5 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 6 - ☐ DIREITO
- 7 - ☐ AO REPOUSO
- 8 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ ANTEBRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ MÃO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ QUIRODATILOS
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 7 - ☐ CLAUDICAÇÃO
- 8 - ☐ LIMITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 8 - ☐ INCAPACITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 6 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ AO REPOUSO
- 8 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ ANTEBRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ MÃO
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 8 - ☐ FLANCO
- 9 - ☐ DIREITO
- 9 - ☐ ESQUERDO
- 8 - ☐ LOMBAR
- 9 - ☐ DIREITO
- 9 - ☐ ESQUERDO
- 6 - ☐ CRÔNICA
- 7 - ☐ INTENSIDADE
- 8 - ☐ FORTE
- 9 - ☐ SÚBITA
- 9 - ☐ PROGRESSIVA
- 8 - ☐ FRACA
- 9 - ☐ SÚBITA
- 10 - ☐ PROGRESSIVA
- 7 - ☐ DOR PÓS PRANDIAL
- 8 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ DOR APÓS ATIVIDADE FÍSICA
- 8 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ FREQUÊNCIA
- 8 - ☐ INTERMITENTE
- 8 - ☐ CONTÍNUA
- 7 - ☐ LOCALIZAÇÃO
- 8 - ☐ EPIGÁSTRICO
- 8 - ☐ HIPOCÔNDRIO
- 9 - ☐ DIREITO
- 9 - ☐ ESQUERDO
- 8 - ☐ MESOGÁSTRICO
- 8 - ☐ HIPOGÁSTRICO
- 8 - ☐ FOSSA ILÍACA

- 8 - ☐ INTERMITENTE  
8 - ☐ CONTINUA  
7 - ☐ LOCALIZAÇÃO  
8 - ☐ EPIGASTRIO  
8 - ☐ HIPOCÔNDRIO  
9 - ☐ DIREITO  
9 - ☐ ESQUERDO  
8 - ☐ MESOGASTRIO  
8 - ☐ HIPOGASTRIO  
8 - ☐ FOSSA ILÍACA  
9 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ COXA  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
8 - ☐ PERNA  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
8 - ☐ PÉ  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
8 - ☐ PODODATILOS  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
7 - ☐ CLAUDICAÇÃO  
8 - ☐ LIMITANTE  
9 - ☐ NADEGA  
9 - ☐ COXA  
9 - ☐ PERNA  
9 - ☐ PÉ  
8 - ☐ INCAPACITANTE  
9 - ☐ NADEGA  
9 - ☐ COXA  
9 - ☐ PERNA  
9 - ☐ PÉ  
7 - ☐ FATOR DE MELHORA  
8 - ☐ COM ELEVAÇÃO DO MEMBRO  
8 - ☐ COM A PARADA DA DEAMBULAÇÃO  
7 - ☐ FATOR DE PIORA DA DOR  
8 - ☐ ORTOSTATISMO  
8 - ☐ ELEVAÇÃO DO MEMBRO  
8 - ☐ DEAMBULAÇÃO  
6 - ☐ ESQUERDO  
7 - ☐ AO REPOUSO  
8 - ☐ COXA  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS
- 4 - ☐ SEM CAIBRAS  
4 - ☐ CAIBRAS  
5 - ☐ COXA  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA  
5 - ☐ PERNA  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA  
4 - ☐ SEM QUEIMAÇÃO E ARDENCIA  
4 - ☐ COM QUEIMAÇÃO E ARDENCIA  
5 - ☐ COXA  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA  
5 - ☐ PERNA  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA  
5 - ☐ PÉ  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA  
4 - ☐ SEM TUMORAÇÃO  
4 - ☐ COM TUMORAÇÃO  
5 - ☐ PRESENTE
- 9 - ☐ DIREITA  
9 - ☐ ESQUERDA  
8 - ☐ FLANCO  
9 - ☐ DIREITO  
9 - ☐ ESQUERDO  
8 - ☐ LOMBAR  
9 - ☐ DIREITO  
9 - ☐ ESQUERDO  
5 - ☐ MEMBROS INFERIORES  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ AO REPOUSO
- 10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
8 - ☐ PERNA  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
8 - ☐ PÉ  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
8 - ☐ PODODATILOS  
9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO  
10 - ☐ HORAS  
10 - ☐ DIAS  
10 - ☐ MESES  
7 - ☐ CLAUDICAÇÃO  
8 - ☐ LIMITANTE  
9 - ☐ NADEGA  
9 - ☐ COXA  
9 - ☐ PERNA  
9 - ☐ PÉ  
8 - ☐ INCAPACITANTE  
9 - ☐ NADEGA  
9 - ☐ COXA  
9 - ☐ PERNA  
9 - ☐ PÉ  
7 - ☐ FATOR DE MELHORA  
8 - ☐ COM ELEVAÇÃO DO MEMBRO  
8 - ☐ COM A PARADA DA DEAMBULAÇÃO  
7 - ☐ FATOR DE PIORA DA DOR  
8 - ☐ ORTOSTATISMO  
8 - ☐ ELEVAÇÃO DO MEMBRO  
8 - ☐ DEAMBULAÇÃO  
4 - ☐ SEM SENSACÃO DE PESO E/OU CANSAÇO  
4 - ☐ SENSACÃO DE PESO E/OU CANSAÇO  
5 - ☐ COXA  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA  
5 - ☐ PERNA  
6 - ☐ DIREITA  
6 - ☐ ESQUERDA
- 8 - ☐ INGUINAL  
8 - ☐ COXA  
8 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
8 - ☐ PERNA  
8 - ☐ PÉ  
7 - ☐ ESQUERDO  
8 - ☐ INGUINAL  
8 - ☐ COXA  
8 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
8 - ☐ PERNA  
8 - ☐ PÉ  
4 - ☐ SEM EDEMA  
4 - ☐ COM EDEMA  
5 - ☐ FACE/PESCOÇO  
5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ BRAÇO  
7 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ MÃO  
7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
6 - ☐ ESQUERDO  
7 - ☐ BRAÇO

6 - ☐ CERVICAL  
7 - ☐ DIREITA  
7 - ☐ ESQUERDA  
6 - ☐ MEMBRO SUPERIOR  
7 - ☐ DIREITO  
8 - ☐ BRAÇO  
8 - ☐ FOSSA CUBITAL  
8 - ☐ ANTEBRAÇO  
8 - ☐ MÃO  
8 - ☐ QUIRODÁTILOS  
7 - ☐ ESQUERDO  
8 - ☐ BRAÇO  
8 - ☐ FOSSA CUBITAL  
8 - ☐ ANTEBRAÇO  
8 - ☐ MÃO  
8 - ☐ QUIRODÁTILOS  
6 - ☐ ABDOMINAL  
7 - ☐ PRESENTE  
7 - ☐ AUSENTE  
6 - ☐ MEMBRO INFERIOR  
7 - ☐ DIREITO

5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ BRAÇO  
7 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ MÃO  
7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
6 - ☐ ESQUERDO  
7 - ☐ BRAÇO  
7 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ MÃO  
7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
5 - ☐ MEMBRO INFERIOR  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ NÁDEGA  
7 - ☐ COXA  
7 - ☐ PERNA  
7 - ☐ PÉ  
7 - ☐ PODODÁTILOS  
6 - ☐ ESQUERDO  
7 - ☐ NÁDEGA  
7 - ☐ COXA  
7 - ☐ PERNA  
7 - ☐ PÉ  
7 - ☐ PODODÁTILOS  
4 - ☐ SEM PALIDEZ  
4 - ☐ COM PALIDEZ  
5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ BRAÇO  
7 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ MÃO  
7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
6 - ☐ ESQUERDO  
7 - ☐ BRAÇO  
7 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ MÃO  
7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
5 - ☐ MEMBRO INFERIOR  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ NÁDEGA  
7 - ☐ COXA  
7 - ☐ PERNA  
7 - ☐ PÉ

7 - [ ] ANTEBRAÇO  
7 - [ ] MÃO  
7 - [ ] QUIRODÁTILOS  
5 - [ ] MEMBRO INFERIOR  
6 - [ ] DIREITO  
7 - [ ] NÁDEGA  
7 - [ ] COXA  
7 - [ ] PERNA  
7 - [ ] PÉ  
7 - [ ] PODODÁTILOS  
6 - [ ] ESQUERDO  
7 - [ ] NÁDEGA  
7 - [ ] COXA  
7 - [ ] PERNA  
7 - [ ] PÉ

7 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ MÃO  
7 - ☐ QUIRODÁTIL OS  
5 - ☐ MEMBRO INFERIOR  
6 - ☐ DIREITO  
7 - ☐ INGUINAL  
7 - ☐ COXA  
7 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
7 - ☐ PERNA  
7 - ☐ PÉ  
7 - ☐ PODODÁTIL OS  
6 - ☐ ESQUERDO  
7 - ☐ INGUINAL  
7 - ☐ COXA  
7 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
7 - ☐ PERNA  
7 - ☐ PÉ  
7 - ☐ PODODÁTIL OS  
4 - ☐ SEM CIANOSE  
4 - ☐ COM CIANOSE  
5 - ☐ FACE

7- ☐ PODODÁTILOS  
6- ☐ ESQUERDO  
7- ☐ NÁDEGA  
7- ☐ COXA  
7- ☐ PERNA  
7- ☐ PÉ  
7- ☐ PODODÁTILO  
4- ☐ SEM ESFRIAMENTO/FRIALDADE  
4- ☐ COM ESFRIAMENTO/FRIALDADE  
5- ☐ MEMBRO SUPERIOR  
6- ☐ DIREITO  
7- ☐ BRAÇO  
7- ☐ ANTEBRAÇO  
7- ☐ MÃO  
7- ☐ QUIRODÁTILOS  
6- ☐ ESQUERDO  
7- ☐ BRAÇO  
7- ☐ ANTEBRAÇO  
7- ☐ MÃO  
7- ☐ QUIRODÁTILOS  
5- ☐ MEMBRO INFERIOR  
6- ☐ DIREITO  
7- ☐ NÁDEGA  
7- ☐ COXA  
7- ☐ PERNA  
7- ☐ PÉ  
7- ☐ PODODÁTILOS  
6- ☐ ESQUERDO  
7- ☐ NÁDEGA  
7- ☐ COXA  
7- ☐ PERNA  
7- ☐ PÉ  
7- ☐ PODODÁTILOS  
4- ☐ SEM CALOR  
4- ☐ COM CALOR  
5- ☐ MEMBRO SUPERIOR  
6- ☐ DIREITO  
7- ☐ BRAÇO  
7- ☐ ANTEBRAÇO  
7- ☐ MÃO  
7- ☐ QUIRODÁTILOS  
6- ☐ ESQUERDO  
7- ☐ BRAÇO

4 - ☐ SEM PRURIDO

4 - ☐ COM PRURIDO

5 - ☐ MEMBROS INFERIORES

6 - ☐ DIREITO

6 - ☐ ESQUERDO

4 - ☐ QUEIXA ESTÉTICA

5 - ☐ SIM

5 - ☐ NÃO

5 - ☐ NÃO INVESTIGADO

4 - ☐ NÁUSEAS

5 - ☐ SIM

5 - ☐ NÃO

5 - ☐ NÃO INVESTIGADO

4 - ☐ VÔMITOS

5 - ☐ SIM



7 - ☐ PODODÁTILOS  
 4 - ☐ SEM RUBOR  
 4 - ☐ COM RUBOR  
 5 - ☐ FACE/PESCOÇO  
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR  
 6 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
 6 - ☐ ESQUERDO  
 7 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR  
 6 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ NÁDEGA  
 7 - ☐ COXA  
 7 - ☐ PERNA  
 7 - ☐ PÉ  
 7 - ☐ PODODÁTILOS  
 6 - ☐ ESQUERDO  
 7 - ☐ NÁDEGA  
 7 - ☐ COXA  
 7 - ☐ PERNA  
 7 - ☐ PÉ  
 7 - ☐ PODODÁTILOS

7 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ TENESMO  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ CONSTIPAÇÃO  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ DOR RETAL  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ DISURIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ IMPOTENCIA SEXUAL  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ HEMATURIA  
 5 - ☐ SIM  
 6 - ☐ COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO  
 7 - ☐ SIM  
 7 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ INCONTINÊNCIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ POLACIÚRIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL  
 4 - ☐ TOSSE  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO

5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ HEMATÊMESE  
 5 - ☐ SIM  
 6 - ☐ COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO  
 7 - ☐ SIM  
 7 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ DISFAGIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ DIARREIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ MELENA  
 5 - ☐ SIM  
 6 - ☐ COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO  
 7 - ☐ SIM  
 7 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ ENTERORRAGIA  
 5 - ☐ SIM  
 6 - ☐ COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO  
 7 - ☐ SIM

4 - ☐ HEMOPTOICA  
 5 - ☐ SIM  
 6 - ☐ COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO  
 7 - ☐ SIM  
 7 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ NÃO HEMOPTOICA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ DISPNEIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ ROUQUIDÃO  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ SURDEZ  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ OTORRAGIA  
 5 - ☐ DIREITA  
 5 - ☐ ESQUERDA  
 4 - ☐ PARESTESIA  
 5 - ☐ MEMBROS SUPERIORES  
 6 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
 6 - ☐ ESQUERDO  
 7 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
 5 - ☐ MEMBROS INFERIORES  
 6 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ COXA  
 7 - ☐ PERNAS  
 7 - ☐ PÉS

- 7 - ☐ PODODÁTILOS  
 6 - ☐ ESQUERDO  
 7 - ☐ COXA  
 7 - ☐ PERNAS  
 7 - ☐ PÉS  
 7 - ☐ PODODÁTILOS  
 4 - ☐ PLEGIA  
 5 - ☐ MEMBROS SUPERIORES  
 6 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
 6 - ☐ ESQUERDO  
 7 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS  
 5 - ☐ MEMBROS INFERIORES  
 6 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ COXA  
 7 - ☐ PERNAS  
 7 - ☐ PÉS  
 7 - ☐ PODODÁTILOS  
 6 - ☐ ESQUERDO  
 7 - ☐ COXA  
 7 - ☐ PERNAS  
 7 - ☐ PÉS  
 7 - ☐ PODODÁTILOS  
 4 - ☐ SÍNCOPE  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ VERTIGEM  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ ALTERAÇÕES VISUAIS  
 5 - ☐ DIREITA  
 6 - ☐ DIPLOPIA  
 6 - ☐ NISTAGMO  
 6 - ☐ AMAUROSE  
 7 - ☐ FUGAZ

- 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ MIALGIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 3 - ☐ ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS/FATORES DE RISCO  
 4 - ☐ DPOC  
 4 - ☐ HAS  
 4 - ☐ CARDIOPATIA  
 4 - ☐ INSUFICIÊNCIA RENAL  
 5 - ☐ AGUDA  
 6 - ☐ DIALÍTICO  
 6 - ☐ NÃO DIALÍTICO  
 5 - ☐ CRÔNICA  
 6 - ☐ DIALÍTICO  
 6 - ☐ NÃO DIALÍTICO  
 4 - ☐ DIABETES  
 4 - ☐ DOENÇA ANEURISMÁTICA  
 5 - ☐ AORTICA  
 6 - ☐ TORÁCICA  
 6 - ☐ TORACOABDOMINAL  
 6 - ☐ ABDOMINAL  
 6 - ☐ RAMOS VISCERAIS  
 5 - ☐ TRONCO SUPRAAÓRTICO  
 5 - ☐ MEMBROS SUPERIORES  
 5 - ☐ MEMBROS INFERIORES  
 4 - ☐ DOENÇA AUTOIMUNE  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ SIM  
 6 - ☐ SARCOIDOSE  
 4 - ☐ DISLIPIDEMIA  
 4 - ☐ VASCULITE

- 7 - ☐ DEFINITIVA  
 6 - ☐ HEMIANOPSIA  
 5 - ☐ ESQUERDA  
 6 - ☐ DIPLOPIA  
 6 - ☐ NISTAGMO  
 6 - ☐ AMAUROSE  
 7 - ☐ FUGAZ  
 7 - ☐ DEFINITIVA  
 7 - ☐ HEMIANOPSIA  
 4 - ☐ AFASIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ DISFASIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ ATAXIA MOTORA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ QUEDA SÚBITA (DROP ATTACK)  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ CEFALÉIA  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ CONFUSÃO MENTAL  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ PERDA DE PESO  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ SUDORESE PÓS PRANDIAL  
 5 - ☐ SIM  
 5 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NÃO INVESTIGADO  
 4 - ☐ ARTRALGIA  
 5 - ☐ SIM

- 5 - ☐ DEFICIÊNCIA DE ANTITROMBINA  
 5 - ☐ DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA C  
 5 - ☐ DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S  
 5 - ☐ MUTAÇÃO DO FATOR V DE LEIDEN  
 5 - ☐ MUTAÇÃO DA PRÓTROMBINA  
 5 - ☐ HIPER-HOMOCISTEINEMIA  
 5 - ☐ FATOR VIII ELEVADO  
 4 - ☐ TROMBOSE VENOSA  
 4 - ☐ GESTAÇÃO  
 5 - ☐ UMA  
 5 - ☐ MULTIPLA  
 5 - ☐ ATUAL  
 4 - ☐ ABORTO  
 5 - ☐ ÚNICO  
 5 - ☐ MULTIPLOS  
 4 - ☐ INFECÇÃO  
 5 - ☐ POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS  
 5 - ☐ POR SALMONELA  
 5 - ☐ POR ESTREPTOCOCCO  
 5 - ☐ SÍFILIS  
 5 - ☐ TUBERCULOSE  
 5 - ☐ ENDOCARDITE  
 4 - ☐ TRAUMA  
 5 - ☐ ACIDENTAL  
 6 - ☐ ABERTO  
 7 - ☐ FAF  
 7 - ☐ FAB  
 7 - ☐ OUTROS  
 6 - ☐ FECHADO  
 5 - ☐ IATROGÊNICO  
 6 - ☐ VASCULAR  
 7 - ☐ ARTERIAL  
 7 - ☐ VENOSO

- 5 - ☐ POLIARTERITE NODOSA
- 5 - ☐ GRANULOMATOSE DE WERGNER
- 5 - ☐ DOENÇA DE TAKAYASU
- 5 - ☐ KAWASAK
- 5 - ☐ DOENÇA BEHÇET
- 4 - ☐ ENDOCARDITE
- 4 - ☐ EHLER-DANLOS
- 4 - ☐ MARFAN
- 4 - ☐ FIBRODISPLASIA
- 4 - ☐ TROMBOFILIA

- 5 - ☐ ESQUERDA
- 4 - ☐ PÓS-OPERATÓRIO
- 5 - ☐ CIRURGIA ARTERIAL
- 6 - ☐ USO DE PRÓTESE
- 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ CERVICAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
- 7 - ☐ ABDOMINAL
- 8 - ☐ AORTICA
- 8 - ☐ AORTOILÍACO
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ USO DE VEIA
- 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ CERVICAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
- 7 - ☐ ABDOMINAL
- 8 - ☐ AORTICA
- 8 - ☐ AORTOILÍACO
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ USO DE ENDOPROTESE STENT
- 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ CERVICAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA

- 6 - ☐ EMBOLECTOMIA PULMONAR
- 6 - ☐ TROMBOLISE
- 5 - ☐ CIRURGIA VENOSA
- 6 - ☐ CIRURGIA SISTEMA VENOSO PROFUNDO DOS MEMBROS INFERIORES
- 6 - ☐ TROMBECTOMIA VENOSA
- 7 - ☐ SAFENA MAGNA DIREITA
- 7 - ☐ SAFENA MAGNA ESQUERDA
- 6 - ☐ VARIZES
- 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA MAGNA DIREITA
- 8 - ☐ SIM
- 8 - ☐ NÃO
- 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA MAGNA ESQUERDA
- 8 - ☐ SIM
- 8 - ☐ NÃO
- 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA PARVA DIREITA
- 8 - ☐ SIM
- 8 - ☐ NÃO
- 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA PARVA ESQUERDA
- 8 - ☐ SIM
- 8 - ☐ NÃO
- 7 - ☐ SAFENECTOMIA
- 8 - ☐ NÃO

- 6 - ☐ ENDOVASCULAR
- 6 - ☐ ORTOPÉDICO
- 6 - ☐ HEPATO-BILIAR
- 7 - ☐ COLECISTECTOMIA
- 7 - ☐ BIÓPSIA HEPÁTICA
- 4 - ☐ SÍNDROME DESFILADEIRO CERVICO TORÁCICO
- 5 - ☐ DIREITO
- 5 - ☐ ESQUERDO
- 4 - ☐ APRISIONAMENTO DA ARTERIA POPLITEA
- 5 - ☐ DIREITA

- 7 - ☐ ABDOMINAL
- 8 - ☐ AORTICA
- 8 - ☐ AORTOILÍACO
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ ENDARTERECTOMIA
- 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ CERVICAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
- 7 - ☐ ABDOMINAL
- 8 - ☐ AORTICA
- 8 - ☐ AORTOILÍACO
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ ASSOCIADO A BY PASS / ANASTOMOSE
- 7 - ☐ SIM
- 7 - ☐ NÃO
- 6 - ☐ TROMBOEMBOLECTOMIA
- 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ CERVICAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
- 7 - ☐ ABDOMINAL
- 8 - ☐ AORTICA
- 8 - ☐ AORTOILÍACO
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA

- 12 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ DISTAL
- 6 - ☐ FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR
- 5 - ☐ PRESENÇA DE CATETER VENOS O
- 6 - ☐ CENTRAL
- 7 - ☐ JUGULAR
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ SUBCLAVIA
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ OUTROS
- 6 - ☐ PERIFÉRICO
- 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 5 - ☐ QUIMIOTERAPIA
- 5 - ☐ TRANSPLANTE
- 6 - ☐ SIM
- 7 - ☐ RENAL
- 8 - ☐ AUTOTRANSPLANTE
- 8 - ☐ INTERVIVOS

- 8 - ☐ SIM
- 9 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
- 10 - ☐ MAGNA
- 11 - ☐ TOTAL
- 11 - ☐ PARCIAL
- 12 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ DISTAL
- 10 - ☐ PARVA
- 11 - ☐ TOTAL
- 11 - ☐ PARCIAL
- 12 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ DISTAL
- 9 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- 10 - ☐ MAGNA
- 11 - ☐ TOTAL
- 11 - ☐ PARCIAL
- 12 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ DISTAL
- 10 - ☐ PARVA
- 11 - ☐ TOTAL
- 11 - ☐ PARCIAL
- 6 - ☐ DOENÇA ANEURISMÁTICA
- 6 - ☐ DOENÇA OCLUSIVA
- 4 - ☐ DISLIPIDEMIA
- 4 - ☐ HIPERTENSÃO
- 3 - ☐ CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA
- 4 - ☐ TABAGISMO
- 4 - ☐ ETILISMO
- 4 - ☐ SEDENTARISMO
- 4 - ☐ ATIVIDADE FÍSICA REGULAR
- 4 - ☐ USO DE DROGAS INJETÁVEIS
- 4 - ☐ USO DE MEDICAMENTOS
- 5 - ☐ ANTICONCEPCIONAL
- 5 - ☐ TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL
- 5 - ☐ ANTICOAGULANTE
- 5 - ☐ ANTIAGREGANTE
- 5 - ☐ ANTIBIÓTICO
- 5 - ☐ ANTIHIPERTENSIVO
- 6 - ☐ UM
- 6 - ☐ DOIS
- 6 - ☐ TRÊS OU MAIS
- 6 - ☐ ESTATINAS
- 5 - ☐ FLEBOTÔNICOS
- 5 - ☐ CORTICÓIDE
- 5 - ☐ ANTINFLAMATÓRIO
- 5 - ☐ OUTROS
- 4 - ☐ IMOBILIZAÇÃO
- 4 - ☐ ORTOSTATISMO PROLONGADO ACIMA DE 6H
- 5 - ☐ SIM
- 5 - ☐ NÃO
- 2 - ☐ EXAME FÍSICO
- 3 - ☐ GERAL
- 4 - ☐ PRESSÃO ARTERIAL
- 5 - ☐ HIPERTENSÃO
- 5 - ☐ NORMOTENSO
- 5 - ☐ HIPOTENSO
- 4 - ☐ FREQUÊNCIA CARDÍACA
- 5 - ☐ TAQUICARDIA
- 5 - ☐ NORMAL
- 5 - ☐ BRADICARDIA
- 5 - ☐ ARRITMIA
- 4 - ☐ FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
- 5 - ☐ NORMAL
- 5 - ☐ DISPNEIA
- 8 - ☐ DOADOR CADAVER
- 7 - ☐ HEPÁTICO
- 7 - ☐ CARDÍACO
- 6 - ☐ NÃO
- 4 - ☐ OUTRAS DOENÇAS
- 5 - ☐ PÓS COLECISTITE
- 5 - ☐ PÓS PANCREATITE
- 6 - ☐ AGUDA
- 6 - ☐ CRÔNICA
- 7 - ☐ PSEUDOCISTO
- 5 - ☐ NEOPLASIA
- 3 - ☐ ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES
- 4 - ☐ DIABETES MELITUS
- 4 - ☐ DOENÇA CARDÍACA
- 4 - ☐ DOENÇA VASCULAR
- 5 - ☐ VENOSA
- 6 - ☐ TROMBOFILIA
- 6 - ☐ TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PRÉVIA
- 6 - ☐ FLEBITE PRÉVIA
- 6 - ☐ VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES
- 5 - ☐ ARTERIAL
- 4 - ☐ TEMPERATURA
- 5 - ☐ FEBRIL
- 5 - ☐ AFEBRIL
- 4 - ☐ PESO
- 5 - ☐ OBESIDADE MÓRBIDA IMC >40
- 5 - ☐ OBESIDADE IMC 31 E 40
- 5 - ☐ SOBREPESO IMC 26 E 30
- 5 - ☐ SAUDÁVEL 18,5 E 25 U
- 5 - ☐ EMAGRECIDO <18 U
- 4 - ☐ SUDORESE
- 4 - ☐ ICTERÍCIA
- 4 - ☐ HIPOCORADO
- 3 - ☐ REGIÃO CERVICAL
- 4 - ☐ INSPEÇÃO
- 5 - ☐ NORMAL
- 5 - ☐ ANORMAL
- 6 - ☐ CICATRIZ CIRÚRGICA
- 7 - ☐ DIREITA
- 7 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ AUSENTE
- 6 - ☐ TUMORAÇÃO
- 7 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ PULSÁTIL
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 8 - ☐ NÃO PULSÁTIL
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ EDEMA
- 7 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 6 - ☐ CIRCULAÇÃO COLATERAL
- 7 - ☐ AUSENTE
- 7 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ DIREITO
- 8 - ☐ ESQUERDO
- 5 - ☐ NÃO REALIZADO
- 4 - ☐ PALPAÇÃO
- 5 - ☐ NORMAL
- 5 - ☐ ANORMAL

6 - ☐ FRÊMITO  
 7 - ☐ DIREITA  
 7 - ☐ ESQUERD  
 6 - ☐ PULSO CAROTÍDEO  
 7 - ☐ DIMUÍDO  
   8 - ☐ DIREITA  
   8 - ☐ ESQUERDA  
 7 - ☐ AUSENTE  
   8 - ☐ DIREITA  
   8 - ☐ ESQUERDA  
 7 - ☐ AUMENTADO  
   8 - ☐ DIREITA  
   8 - ☐ ESQUERDA  
 6 - ☐ TUMORAÇÃO PULSÁTIL  
 7 - ☐ DIREITA  
   8 - ☐ DOLOROSO  
     9 - ☐ SIM  
     9 - ☐ NÃO  
 7 - ☐ ESQUERDA  
   8 - ☐ DOLOROSO  
     9 - ☐ SIM  
     9 - ☐ NÃO  
 5 - ☐ NAO REALIZADO  
 4 - ☐ AUSCULTA  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ANORMAL  
   6 - ☐ SOPRO À DIREITA  
     7 - ☐ SISTÓLICO  
     7 - ☐ SISTODIASTÓLICO  
     7 - ☐ AUSENTE  
   6 - ☐ SOPRO À ESQUERDA  
     7 - ☐ SISTÓLICO  
     7 - ☐ SISTODIASTÓLICO  
     7 - ☐ AUSENTE  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 3 - ☐ TORACICO  
 4 - ☐ INSPEÇÃO  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ANORMAL  
   6 - ☐ CIRCULAÇÃO COLATERAL  
     7 - ☐ AUSENTE  
     7 - ☐ PRESENTE  
     8 - ☐ DIREITO

  8 - ☐ HIPEREMIA  
   8 - ☐ CICATRIZ  
   8 - ☐ EDEMA  
 7 - ☐ NAO REALIZADA  
 6 - ☐ MÃO  
   7 - ☐ NORMAL  
   7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
       9 - ☐ FIXA  
       10 - ☐ SIM  
       10 - ☐ NÃO  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     8 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
     8 - ☐ ÚLCERA  
       9 - ☐ ABERTA  
       9 - ☐ CICATRIZADA  
     8 - ☐ GANGRENA  
       9 - ☐ SECA  
       9 - ☐ ÚMIDA  
   7 - ☐ NAO REALIZADA  
 6 - ☐ QUIRODÁTILOS  
   7 - ☐ NORMAL  
   7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
       9 - ☐ FIXA  
       10 - ☐ SIM  
       10 - ☐ NÃO

  8 - ☐ ESQUERDO  
 6 - ☐ CICATRIZ CIRURGICA  
   7 - ☐ AUSENTE  
   7 - ☐ PRESENTE  
     8 - ☐ DIREITO  
     8 - ☐ ESQUERDO  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 4 - ☐ AUSCULTA  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ANORMAL  
   6 - ☐ SOPRO PRECORDIAL  
     7 - ☐ PRESENTE  
     7 - ☐ AUSENTE  
   5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 3 - ☐ MEMBROS SUPERIORES  
 4 - ☐ INSPEÇÃO  
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
   6 - ☐ BRAÇO  
     7 - ☐ NORMAL  
     7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     7 - ☐ NAO REALIZADA  
   6 - ☐ FOSSA CUBITAL  
     7 - ☐ NORMAL  
     7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     7 - ☐ NAO REALIZADA  
 6 - ☐ ANTEBRAÇO  
   7 - ☐ NORMAL  
   7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     7 - ☐ NAO REALIZADA

  7 - ☐ NAO REALIZADA  
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
   6 - ☐ BRAÇO  
     7 - ☐ NORMAL  
     7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     7 - ☐ NAO REALIZADA  
   6 - ☐ FOSSA CUBITAL  
     7 - ☐ NORMAL  
     7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     7 - ☐ NAO REALIZADA  
   6 - ☐ ANTEBRAÇO  
     7 - ☐ NORMAL  
     7 - ☐ ANORMAL  
     8 - ☐ TUMORAÇÃO  
     8 - ☐ CIANOSE  
     8 - ☐ PALIDEZ  
     8 - ☐ HIPEREMIA  
     8 - ☐ CICATRIZ  
     8 - ☐ EDEMA  
     7 - ☐ NAO REALIZADA

- 8 - ☐ PALIDEZ  
8 - ☐ HIPEREMIA  
8 - ☐ CICATRIZ  
8 - ☐ EDEMA  
8 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA
- 8 - ☐ EDEMA  
8 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
7 - ☐ NAO REALIZADA  
6 - ☐ QUIRODÁTILOS  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ ANORMAL  
8 - ☐ TUMORAÇÃO  
8 - ☐ CIANOSE  
9 - ☐ FIXA  
10 - ☐ SIM  
10 - ☐ NÃO  
8 - ☐ PALIDEZ  
8 - ☐ HIPEREMIA  
8 - ☐ CICATRIZ  
8 - ☐ EDEMA  
8 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
7 - ☐ NAO REALIZADA  
4 - ☐ PALPAÇÃO  
5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
6 - ☐ BRAÇO  
7 - ☐ PULSO AXILAR  
8 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ DIMUÍDO  
9 - ☐ AUMENTADO  
9 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ PULSO BRAQUIAL  
8 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ DIMUÍDO  
9 - ☐ AUMENTADO  
9 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ ANTEBRAÇO  
7 - ☐ PULSO RADIAL  
8 - ☐ DIMUÍDO  
8 - ☐ AUMENTADO  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ PULSO ULNAR  
8 - ☐ DIMUÍDO  
8 - ☐ AUMENTADO  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ FRÊMITO  
8 - ☐ PRESENTE  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
8 - ☐ PULSÁTIL  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
8 - ☐ DOLOROSA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
6 - ☐ QUIRODÁTILOS
- 6 - ☐ MÃO  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ ANORMAL  
8 - ☐ TUMORAÇÃO  
8 - ☐ CIANOSE  
9 - ☐ FIXA  
10 - ☐ SIM  
10 - ☐ NÃO  
8 - ☐ PALIDEZ  
8 - ☐ HIPEREMIA  
8 - ☐ CICATRIZ  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ FRÊMITO  
8 - ☐ PRESENTE  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
8 - ☐ PULSÁTIL  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
8 - ☐ DOLOROSA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ SENSIBILIDADE  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ ALTERADA  
7 - ☐ MOTRICIDADE  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ ALTERADO  
7 - ☐ MUSCULAR  
8 - ☐ DOLOROSA  
8 - ☐ INDOLOR  
8 - ☐ EMPASTAMENTO  
7 - ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO  
8 - ☐ SIM  
8 - ☐ NAO  
6 - ☐ FOSSA CUBITAL  
7 - ☐ PULSO BRAQUIAL  
8 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ DIMUÍDO  
9 - ☐ AUMENTADO  
9 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ FRÊMITO  
8 - ☐ PRESENTE  
8 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
8 - ☐ PULSÁTIL  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
8 - ☐ DOLOROSA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
8 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ NEGATIVO  
9 - ☐ RADIAL  
9 - ☐ ULNAR  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
8 - ☐ PULSÁTIL  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
8 - ☐ DOLOROSA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ TEMPERATURA  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ DIMINUÍDA  
8 - ☐ AUMENTADA  
7 - ☐ SENSIBILIDADE  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ ALTERADA  
7 - ☐ MOTRICIDADE  
8 - ☐ NORMAL  
8 - ☐ ALTERADO  
6 - ☐ QUIRODÁTILOS

8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ SENSIBILIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 7 - ☐ MOTRICIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO  
 7 - ☐ MUSCULAR  
 8 - ☐ DOLOROSA  
 8 - ☐ INDOLOR  
 8 - ☐ EMPASTAMENTO  
 7 - ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO  
 8 - ☐ SIM  
 8 - ☐ NAO

6 - ☐ MÃO  
 7 - ☐ FRÊMITO  
 8 - ☐ PRESENTE  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ TESTE DE ALLEN  
 8 - ☐ POSITIVO  
 9 - ☐ RADIAL  
 9 - ☐ ULNAR

8 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ DIMUÍDO  
 9 - ☐ AUMENTADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ FRÊMITO  
 8 - ☐ PRESENTE  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ TUMORAÇÃO  
 8 - ☐ PULSÁTIL  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 8 - ☐ DOLOROSA  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ SENSIBILIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 7 - ☐ MOTRICIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO  
 7 - ☐ MUSCULAR  
 8 - ☐ DOLOROSA  
 8 - ☐ INDOLOR  
 8 - ☐ EMPASTAMENTO  
 7 - ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO  
 8 - ☐ SIM  
 8 - ☐ NAO

6 - ☐ FOSSA CUBITAL  
 7 - ☐ PULSO BRAQUIAL  
 8 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ DIMUÍDO  
 9 - ☐ AUMENTADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ FRÊMITO  
 8 - ☐ PRESENTE  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ TUMORAÇÃO  
 8 - ☐ PULSÁTIL  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO

7 - ☐ TESTE DE ALLEN  
 8 - ☐ POSITIVO  
 9 - ☐ RADIAL  
 9 - ☐ ULNAR  
 8 - ☐ NEGATIVO  
 9 - ☐ RADIAL  
 9 - ☐ ULNAR  
 7 - ☐ TUMORAÇÃO  
 8 - ☐ PULSÁTIL  
 9 - ☐ SIM

7 - ☐ TEMPERATURA  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ DIMINUÍDA  
 8 - ☐ AUMENTADA  
 7 - ☐ SENSIBILIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 7 - ☐ MOTRICIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA

5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

6 - ☐ BRAÇO  
 7 - ☐ PULSO AXILAR  
 8 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ DIMUÍDO  
 9 - ☐ AUMENTADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ PULSO BRAQUIAL

8 - ☐ DOLOROSA  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 8 - ☐ AUSENTE  
 6 - ☐ ANTEBRAÇO  
 7 - ☐ PULSO RADIAL  
 8 - ☐ DIMUÍDO  
 8 - ☐ AUMENTADO  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ AUSENTE

7 - ☐ PULSO ULNAR  
 8 - ☐ DIMUÍDO  
 8 - ☐ AUMENTADO  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ AUSENTE

7 - ☐ FRÊMITO  
 8 - ☐ PRESENTE  
 8 - ☐ AUSENTE

7 - ☐ TUMORAÇÃO  
 8 - ☐ PULSÁTIL  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO

8 - ☐ DOLOROSA  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO

8 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ SENSIBILIDADE

8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 7 - ☐ MOTRICIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO

7 - ☐ MUSCULAR  
 8 - ☐ DOLOROSA  
 8 - ☐ INDOLOR  
 8 - ☐ EMPASTAMENTO

7 - ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO

8 - ☐ SIM  
 8 - ☐ NAO

6 - ☐ MÃO

7 - ☐ FRÊMITO  
 8 - ☐ PRESENTE  
 8 - ☐ AUSENTE

8 - ☐ AXILAR

8 - ☐ BRAÇO

8 - ☐ FOSSA CUBITAL

8 - ☐ ANTEBRAÇO

6 - ☐ NAO REALIZADO

5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

6 - ☐ NORMAL

6 - ☐ ANORMAL

7 - ☐ SOPRO

8 - ☐ AXILAR

9 - ☐ NÃO  
 8 - ☐ DOLOROSA  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 7 - ☐ TEMPERATURA  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ DIMINUÍDA  
 8 - ☐ AUMENTADA  
 7 - ☐ SENSIBILIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 7 - ☐ MOTRICIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO  
 6 - ☐ QUIRODÁCTILOS  
 7 - ☐ TEMPERATURA  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ DIMINUÍDA  
 8 - ☐ AUMENTADA  
 7 - ☐ SENSIBILIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 7 - ☐ MOTRICIDADE  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 4 - ☐ AUSCULTA  
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
 6 - ☐ NORMAL  
 6 - ☐ ANORMAL  
 7 - ☐ SOPRO

7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA COSTOCLAVICULAR  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA HIPERABDUÇÃO OU DE WRIGHT  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE ROSS  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE ELVEY  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 3 - ☐ ABDOMINAL  
 4 - ☐ INSPEÇÃO  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ANORMAL  
 6 - ☐ CIRCULAÇÃO COLATERAL  
 7 - ☐ PRESENTE  
 7 - ☐ AUSENTE  
 6 - ☐ DISTENSÃO  
 7 - ☐ PRESENTE  
 7 - ☐ AUSENTE  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 4 - ☐ PALPAÇÃO  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 5 - ☐ ANORMAL  
 6 - ☐ TUMORAÇÃO  
 7 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ PRESENTE  
 8 - ☐ LOCALIZAÇÃO

8 - ☐ BRAÇO  
 8 - ☐ FOSSA CUBITAL  
 8 - ☐ ANTEBRAÇO  
 6 - ☐ NAO REALIZADO  
 4 - ☐ MANOBRAS ESPECIAIS  
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
 6 - ☐ MANOBRA DE ADSON OU DOS ESCALENOS  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA COSTOCLAVICULAR  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA HIPERABDUÇÃO OU DE WRIGHT  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE ROSS  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE ELVEY  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
 6 - ☐ MANOBRA DE ADSON OU DOS ESCALENOS

9 - ☐ EPIGASTRIO  
 9 - ☐ HIPOCÔNDRIO  
 10 - ☐ DIREITO  
 10 - ☐ ESQUERDO  
 9 - ☐ FOSSA ILÍACA  
 10 - ☐ DIREITA  
 10 - ☐ ESQUERDA  
 9 - ☐ MESOGASTRIO  
 9 - ☐ INDEFINIDA (SINAL DE DEBAKEY)  
 8 - ☐ INDOLOR  
 8 - ☐ DOLOROSA  
 8 - ☐ PULSÁTIL  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 6 - ☐ TOQUE RETAL  
 7 - ☐ NÃO REALIZADO  
 7 - ☐ TUMOR PUSÁTIL  
 8 - ☐ SIM  
 8 - ☐ NÃO  
 6 - ☐ TOQUE VAGINAL  
 7 - ☐ NÃO REALIZADO  
 7 - ☐ TUMOR PULSÁTIL  
 8 - ☐ SIM  
 8 - ☐ NÃO  
 4 - ☐ AUSCULTA  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ALTERADO  
 6 - ☐ SOPRO  
 6 - ☐ PRESENTE  
 6 - ☐ AUSENTE  
 5 - ☐ NAO REALIZADO  
 3 - ☐ MEMBROS INFERIORES  
 4 - ☐ INSPEÇÃO  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
 6 - ☐ NÃO REALIZADA  
 6 - ☐ INGUINAL  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ TUMORAÇÃO  
 7 - ☐ HIPEREMIA  
 7 - ☐ CICATRIZ  
 6 - ☐ COXA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ TUMORAÇÃO



- 7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO
- 7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ HIPERTROFIA  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
6 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
7 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
6 - ☐ EM PERNA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ HIPERTROFIA  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
7 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA
- 7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ ALTERAÇÃO DE FÂNEROS  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ PALIDEZ  
7 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
5 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
6 - ☐ NÃO REALIZADA  
6 - ☐ INGUINAL  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
6 - ☐ COXA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ HIPERTROFIA  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS
- 9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA
- 7 - ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS  
7 - ☐ DERMATITE OCRE  
7 - ☐ ATROFIA BRANCA  
7 - ☐ ECZEMA  
7 - ☐ LIPODERMATOESCLEROSE  
7 - ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA  
7 - ☐ PALIDEZ  
6 - ☐ PÉ  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ HIPERTROFIA  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
7 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
7 - ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS  
7 - ☐ DERMATITE OCRE  
7 - ☐ ATROFIA BRANCA  
7 - ☐ ECZEMA  
7 - ☐ LIPODERMATOESCLEROSE  
7 - ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA  
7 - ☐ PALIDEZ  
6 - ☐ PODODÁTILOS  
7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
7 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
6 - ☐ EM PERNA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ HIPERTROFIA  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
7 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
7 - ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS  
7 - ☐ DERMATITE OCRE  
7 - ☐ ATROFIA BRANCA  
7 - ☐ ECZEMA  
7 - ☐ LIPODERMATOESCLEROSE  
7 - ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA  
7 - ☐ PALIDEZ

- 7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
6 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ
- 7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ CICATRIZ  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ HIPERTROFIA  
7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)  
7 - ☐ TELANGIECTASIAS  
7 - ☐ VENULECTASIAS  
7 - ☐ VEIAS RETICULARES  
7 - ☐ VARIZES  
7 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
7 - ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS  
7 - ☐ DERMATITE OCRE  
7 - ☐ ATROFIA BRANCA  
7 - ☐ ECZEMA  
7 - ☐ LIPODERMATOESCLEROSE  
7 - ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA  
7 - ☐ PALIDEZ  
6 - ☐ PODODÁTILOS  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ HIPEREMIA  
7 - ☐ ALTERAÇÃO DE FÂNEROS  
7 - ☐ EDEMA  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO  
7 - ☐ PALIDEZ  
7 - ☐ LESÃO TRÓFICA  
8 - ☐ ÚLCERA  
9 - ☐ ABERTA  
9 - ☐ CICATRIZADA  
8 - ☐ GANGRENA  
9 - ☐ SECA  
9 - ☐ ÚMIDA  
4 - ☐ PALPAÇÃO  
5 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
6 - ☐ NÃO REALIZADA
- 9 - ☐ DOLOROSA  
9 - ☐ INDOLOR  
9 - ☐ EMPASTAMENTO  
8 - ☐ SENSIBILIDADE
- 9 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ ALTERADA  
8 - ☐ MOTRICIDADE  
9 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ ALTERADO  
8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
9 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
8 - ☐ PULSO POPLITEOFEMORAL  
9 - ☐ PRESENTE  
10 - ☐ DIMUÍDO  
10 - ☐ AUMENTADO  
10 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ FRÊMITO  
9 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ TUMORAÇÃO  
9 - ☐ PRESENTE
- 6 - ☐ PÉ  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ TUMORAÇÃO  
7 - ☐ CIANOSE  
8 - ☐ FIXA  
9 - ☐ SIM  
9 - ☐ NÃO
- 6 - ☐ REALIZADA  
7 - ☐ INGUINAL  
8 - ☐ TEMPERATURA  
9 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ DIMINUÍDA  
9 - ☐ AUMENTADA  
8 - ☐ PULSO FEMORAL  
9 - ☐ PRESENTE  
10 - ☐ DIMUÍDO  
10 - ☐ AUMENTADO  
10 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ FRÊMITO  
9 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ TUMORAÇÃO  
9 - ☐ PRESENTE  
10 - ☐ PULSÁTIL  
11 - ☐ SIM  
11 - ☐ NÃO  
10 - ☐ DOLOROSA  
11 - ☐ SIM  
11 - ☐ NÃO  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
7 - ☐ COXA  
8 - ☐ TEMPERATURA  
9 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ DIMINUÍDA  
9 - ☐ AUMENTADA  
8 - ☐ TUMORAÇÃO  
9 - ☐ PRESENTE  
10 - ☐ PULSÁTIL  
11 - ☐ SIM  
11 - ☐ NÃO  
10 - ☐ DOLOROSA  
11 - ☐ SIM  
11 - ☐ NÃO  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ FRÊMITO  
9 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ MUSCULAR
- 11 - ☐ NÃO  
10 - ☐ DOLOROSA  
11 - ☐ SIM  
11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ FRÊMITO  
9 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ AUSENTE  
8 - ☐ MUSCULAR  
9 - ☐ DOLOROSA  
9 - ☐ INDOLOR  
9 - ☐ EMPASTAMENTO  
8 - ☐ SENSIBILIDADE  
9 - ☐ NORMAL  
9 - ☐ ALTERADA  
9 - ☐ MOTRICIDADE  
9 - ☐ ALTERADO  
8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
9 - ☐ PRESENTE  
9 - ☐ AUSENTE  
7 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
8 - ☐ PULSO TIBIAL POSTERIOR  
9 - ☐ PRESENTE  
10 - ☐ MINUÍDO

- 10 - ☐ PULSÁTIL  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 10 - ☐ DOLOROSA  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ EM PERNA  
 8 - ☐ TEMPERATURA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ TUMORAÇÃO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ PULSÁTIL  
 11 - ☐ SIM
- 9 - ☐ ALTERADO  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 6 - ☐ PODODÁCTILOS  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ DIMINUÍDA  
 7 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADO  
 7 - ☐ ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL  
 8 - ☐ NÃO REALIZADO  
 8 - ☐ REALIZADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ <0,9  
 9 - ☐ <0,3...U  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
 6 - ☐ NÃO REALIZADA  
 6 - ☐ REALIZADA  
 7 - ☐ INGUINAL  
 8 - ☐ TEMPERATURA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ PULSO FEMORAL  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ DIMUÍDO  
 10 - ☐ AUMENTADO  
 10 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ FRÊMITO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ TUMORAÇÃO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ PULSÁTIL  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 10 - ☐ DOLOROSA  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ PULSÁTIL  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 10 - ☐ DOLOROSA  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ EM PERNA
- 10 - ☐ AUMENTADO  
 10 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ PÉ  
 8 - ☐ TEMPERATURA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ PULSO PEDIOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ MINUÍDO  
 10 - ☐ AUMENTADO  
 10 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ SENSIBILIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADA  
 8 - ☐ MOTRICIDADE  
 9 - ☐ NORMAL
- 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 7 - ☐ COXA  
 8 - ☐ TEMPERATURA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ TUMORAÇÃO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ PULSÁTIL  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 10 - ☐ DOLOROSA  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ FRÊMITO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ MUSCULAR  
 9 - ☐ DOLOROSA  
 9 - ☐ INDOLOR  
 9 - ☐ EMPASTAMENTO  
 8 - ☐ SENSIBILIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADA  
 8 - ☐ MOTRICIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADO  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
 8 - ☐ PULSO POPLITEOFEMORAL  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ DIMUÍDO  
 10 - ☐ AUMENTADO  
 10 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ FRÊMITO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
- 10 - ☐ MINUÍDO  
 10 - ☐ AUMENTADO  
 10 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ AUSENTE  
 7 - ☐ PÉ  
 8 - ☐ TEMPERATURA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ PULSO PEDIOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ MINUÍDO

- 8 - ☐ TEMPERATURA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ DIMINUÍDA  
 9 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ TUMORAÇÃO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 10 - ☐ PULSÁTIL  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 10 - ☐ DOLOROSA  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ FRÊMITO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ MUSCULAR  
 9 - ☐ DOLOROSA  
 9 - ☐ INDOLOR  
 9 - ☐ EMPASTAMENTO  
 8 - ☐ SENSIBILIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADA  
 8 - ☐ MOTRICIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADO  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ PULSO TIBIAL POSTERIOR  
 9 - ☐ PRESENTE
- 8 - ☐ INGUINAL  
 8 - ☐ COXA  
 8 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
 8 - ☐ PERNA  
 6 - ☐ NÃO REALIZADA  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
 6 - ☐ NORMAL  
 6 - ☐ ANORMAL  
 7 - ☐ SOPRO  
 8 - ☐ INGUINAL  
 8 - ☐ COXA  
 8 - ☐ FOSSA POPLÍTEA  
 8 - ☐ PERNA  
 6 - ☐ NÃO REALIZADA  
 4 - ☐ MANOBRAS ESPECIAIS  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
 6 - ☐ SINAL DE HOMANS  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ SINAL DA BANDEIRA  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ SINAL DE MOSES  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA DE SCHWARTZ  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE BRODIE-TREINDELENBURG  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE PERTHES  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA
- 10 - ☐ AUMENTADO  
 10 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ AUSENTE  
 8 - ☐ SENSIBILIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADA  
 8 - ☐ MOTRICIDADE  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADO  
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO  
 9 - ☐ PRESENTE  
 9 - ☐ AUSENTE  
 6 - ☐ PODODÁCTILOS  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ DIMINUÍDA  
 7 - ☐ AUMENTADA  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ ALTERADO  
 7 - ☐ ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL  
 8 - ☐ NÃO REALIZADO  
 8 - ☐ REALIZADO  
 9 - ☐ NORMAL  
 9 - ☐ <0,9  
 9 - ☐ <0,3...U  
 4 - ☐ AUSCULTA  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
 6 - ☐ NORMAL  
 6 - ☐ ANORMAL  
 7 - ☐ SOPRO  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA DE DORSIFLEXO OU FLE XÃO PLANTAR ATIVA  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ SINAL DE ISHIKAWA  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ PRESENTE  
 7 - ☐ AUSENTE  
 6 - ☐ OUTROS  
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR SQUERDO  
 6 - ☐ SINAL DE HOMANS  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ SINAL DA BANDEIRA  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ SINAL DE MOSES  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ MANOBRA DE SCHWARTZ  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE BRODIE-TREINDELENBURG  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA  
 8 - ☐ NEGATIVA  
 6 - ☐ TESTE DE PERTHES  
 7 - ☐ NÃO REALIZADA  
 7 - ☐ REALIZADO  
 8 - ☐ POSITIVA

- 8 - ☐ NEGATIVA
- 6 - ☐ MANOBRAS DE DORSIFLEXO OU FLEXÃO PLANTAR ATIVA
- 7 - ☐ NÃO REALIZADA
- 7 - ☐ REALIZADO
- 8 - ☐ POSITIVA
- 8 - ☐ NEGATIVA
- 6 - ☐ SINAL DE ISHIKAWA
- 7 - ☐ NÃO REALIZADA
- 7 - ☐ PRESENTE
- 7 - ☐ AUSENTE
- 6 - ☐ OUTROS
- 2 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
- 3 - ☐ EXAMES LABORATORIAIS
- 4 - ☐ HEMATOLÓGICOS
- 5 - ☐ HEMOGRAMA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALTERADO
- 7 - ☐ ANEMIA
- 7 - ☐ LEUCOCITOSE
- 7 - ☐ BASTONETOSE
- 7 - ☐ TROMBOCITOPENIA
- 7 - ☐ TROMBOCITOSE
- 5 - ☐ TAP
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALARGADO
- 5 - ☐ KPTT
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALARGADO
- 5 - ☐ FIBRINOGENIO
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ DIMERO D
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ HOMOCISTEÍNA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ PROTEÍNA C
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ DEFICIÊNCIA
- 5 - ☐ PROTEÍNA S
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ DEFICIÊNCIA
- 5 - ☐ ANTI-CARDIOLIPINA IG G
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALTERADA
- 5 - ☐ DIMERO D
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 4 - ☐ BIOQUÍMICOS
- 5 - ☐ GLICEMIA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ DIMINUIDA
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ CREATININA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ UREIA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ COLESTEROL
- 6 - ☐ LDL
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ELEVADO
- 6 - ☐ HDL
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ DIMINUIDO
- 6 - ☐ VLDL
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ TRIGLICERÍDEOS
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ ENZIMAS HEPÁTICAS
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADAS
- 5 - ☐ FATOR V
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ MUTAÇÃO (FATOR V DE LEIDEN)
- 5 - ☐ FATOR VII
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ ANTITROMBINA III
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ DEFICIÊNCIA
- 5 - ☐ ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADO
- 5 - ☐ ANTICOAGULANTE LÚPICO
- 6 - ☐ PRESENTE
- 6 - ☐ AUSENTE
- 5 - ☐ VHS
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ PROTEÍNA C REATIVA(PCR)
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 4 - ☐ IMUNOLÓGICOS
- 5 - ☐ FAN
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ FATOR REUMATÓIDE
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ C-ANCA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ P-ANCA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ELEVADA
- 5 - ☐ HIV
- 6 - ☐ POSITIVO
- 6 - ☐ NEGATIVO
- 5 - ☐ PROTEÍNA C-REATIVA
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALTERADA
- 5 - ☐ ANTI-CARDIOLIPINA IG M
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALTERADA
- 5 - ☐ CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)
- 6 - ☐ NORMAL
- 6 - ☐ ALTO U
- 5 - ☐ RENINA
- 6 - ☐ NORMA
- 6 - ☐ BAIXO
- 6 - ☐ ALTO
- 4 - ☐ MICROBIOLOGIA
- 5 - ☐ SÍFILIS
- 6 - ☐ POSITIVA
- 6 - ☐ NEGATIVA
- 5 - ☐ TUBERCULOSE
- 6 - ☐ POSITIVA
- 6 - ☐ NEGATIVA
- 5 - ☐ SALMONELA
- 6 - ☐ POSITIVA
- 6 - ☐ NEGATIVA
- 5 - ☐ CULTURA TRANSOPERATORIA
- 6 - ☐ DA PROTESE
- 7 - ☐ NEGATIVA
- 7 - ☐ POSITIVA
- 8 - ☐ STAPHYLOCOCCUS
- 8 - ☐ SIFILIS
- 8 - ☐ TUBERCULOSE
- 8 - ☐ SALMONELA
- 8 - ☐ STREPTOCOCOS
- 8 - ☐ PSEUDOMONAS
- 8 - ☐ ESCHERICIA COLI
- 8 - ☐ ENTEROBACTER
- 8 - ☐ PROTEUS
- 8 - ☐ POLIMICROBIANA
- 6 - ☐ DA ARTERIA
- 7 - ☐ NEGATIVA

- 5 - ☐ AMILASE  
6 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ ELEVADA  
5 - ☐ SÓDIO  
6 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ DIMINUIDO  
6 - ☐ ELEVADO  
5 - ☐ POTÁSSIO  
6 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ DIMINUIDO
- 8 - ☐ POLIMICROBIANA  
6 - ☐ PARTES MOLES  
7 - ☐ NEGATIVA  
7 - ☐ POSITIVA  
8 - ☐ STAPHYLOCOCCUS  
8 - ☐ SIFILIS  
8 - ☐ TUBERCULOSE  
8 - ☐ SALMONELA  
8 - ☐ STREPTOCOCCOS  
8 - ☐ PSEUDOMONAS  
8 - ☐ ESCHERICIA COLI  
8 - ☐ ENTEROBACTER  
8 - ☐ PROTEUS  
8 - ☐ POLIMICROBIANA  
6 - ☐ SECREÇÃO  
7 - ☐ NEGATIVO  
7 - ☐ POSITIVO  
8 - ☐ STAPHYLOCOCCUS  
8 - ☐ SIFILIS  
8 - ☐ TUBERCULOSE  
8 - ☐ SALMONELA  
8 - ☐ STREPTOCOCCOS  
8 - ☐ PSEUDOMONAS  
8 - ☐ ESCHERICIA COLI  
8 - ☐ ENTEROBACTER  
8 - ☐ PROTEUS  
8 - ☐ POLIMICROBIANA  
4 - ☐ URINA  
5 - ☐ PARCIAL(TIPO I)  
6 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ ALTERADO  
7 - ☐ LEUCOCITÚRIA  
7 - ☐ HEMATÚRIA  
7 - ☐ PROTEINÚRIA  
7 - ☐ NITRITO POSITIVO  
5 - ☐ EXCREÇÃO URINÁRIA DE SÓDIO EM24H  
6 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ ALTERADO  
4 - ☐ ANATOMO PATOLÓGICO  
5 - ☐ BIÓPSIA DE PEÇA CIRÚRGICA  
6 - ☐ NÃO REALIZADA  
6 - ☐ REALIZADA  
7 - ☐ DISPLASIA FIBROMUSCULAR
- 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
6 - ☐ PLETISMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ ALTERADO  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
3 - ☐ EXAMES DE IMAGEM  
4 - ☐ ELETROCARDIOGRAMA  
5 - ☐ REALIZADO  
6 - ☐ NORMAL  
6 - ☐ ALTERADO  
7 - ☐ ARRITMIA  
7 - ☐ ISQUEMIA  
6 - ☐ SEM LAUDO  
5 - ☐ NÃO REALIZADO
- 7 - ☐ POSITIVA  
8 - ☐ STAPHYLOCOCCUS  
8 - ☐ SIFILIS  
8 - ☐ TUBERCULOSE  
8 - ☐ SALMONELA  
8 - ☐ STREPTOCOCCOS  
8 - ☐ PSEUDOMONAS  
8 - ☐ ESCHERICIA COLI  
8 - ☐ ENTEROBACTER  
8 - ☐ PROTEUS
- 8 - ☐ MÉDIA  
8 - ☐ ADVENTÍCIA  
8 - ☐ ÍNTIMA  
7 - ☐ DOENÇA CÍSTICA  
7 - ☐ ARTEROSCLEROSE  
7 - ☐ VASCULITE  
7 - ☐ INESPECÍFICO  
4 - ☐ PLETISMOGRAFIA  
5 - ☐ SEM LAUDO  
5 - ☐ NÃO REALIZADO  
5 - ☐ REALIZADO  
6 - ☐ PLETISMOGRAFIA A AR  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ ALTERADO  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
6 - ☐ FOTOPLETISMOGRAFIA  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ ALTERADO  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
6 - ☐ PLETISMOGRAFIA DE STRAIN-GAUGE  
7 - ☐ NORMAL  
7 - ☐ ALTERADO  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO  
9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA PANTURRILHA  
8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS  
9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
- 10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ PRIMEIRA COSTELA  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ CLAVÍCULA  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ COLUNA CERVICAL  
9 - ☐ COLUNA TORÁCICA  
8 - ☐ ALTERAÇÃO EM MEDIASTINO  
9 - ☐ MASSA EM MEDIASTINO  
9 - ☐ MASSA HILAR  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ ALARGAMENTO MEDIASTINO  
9 - ☐ ÁREA CARDÍACA AUMENTADA  
8 - ☐ ALTERAÇÃO EM CAMPOS PLEUROPULMONARES  
9 - ☐ LADO DIREITO  
10 - ☐ ATELECTASIA  
10 - ☐ DERRAME PLEURAL  
- ☐ CONDENSACÃO EM FORMA DE CONE  
10 (SINAL DE HAMPTON-ALTAMENTE

4 - ☐ ECOCARDIOGRAFIA5 - ☐ REALIZADO6 - ☐ NORMAL6 - ☐ ALTERADO7 - ☐ TROMBO MURAL7 - ☐ FORAME OVAL PERSISTENTE (EMBOLIA PARADOXAL)7 - ☐ VEGETAÇÕES CARDÍACAS7 - ☐ AUMENTO DA PRESSÃO DA ARTÉRIA PULMONAR8 - ☐ DIREITA8 - ☐ ESQUERDA7 - ☐ AUMENTO DO VENTRÍCULO DIREITO6 - ☐ SEM LAUDO5 - ☐ NÃO REALIZADO4 - ☐ RADIOGRAFIA SIMPLES5 - ☐ RADIOGRAFIA DE TÓRAX6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ ALTERAÇÕES ÓSSEAS9 - ☐ COSTELA CERVICAL10 - ☐ DIREITA8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTÉRIA HEPÁTICA8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DO TRONCO CELÍACO8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTERIA RENAL9 - ☐ DIREITA9 - ☐ ESQUERDA8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA AORTA ABDOMINAL8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTÉRIA ILÍACA9 - ☐ DIREITA9 - ☐ ESQUERDA8 - ☐ VELAMENTO DO PSOAS8 - ☐ DISTENSAO DE ALÇAS INTESINAIS6 - ☐ NÃO REALIZADO5 - ☐ RADIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DA ARTÉRIA FEMORAL8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NOTRAJETO DA ARTÉRIA POPLITEA8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DAS ARTÉRIAS DE PERNA-TIBIAIS E FIBULARES6 - ☐ NÃO REALIZADO5 - ☐ RADIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DA ARTÉRIA FEMORAL8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NOTRAJETO DA ARTÉRIA POPLITEA8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DAS ARTÉRIAS DE PERNA-TIBIAIS E FIBULARES6 - ☐ NÃO REALIZADO5 - ☐ RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ OSTEOMIELITE8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS8 - ☐ FRATURAS/LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA6 - ☐ NÃO REALIZADO5 - ☐ RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL

## SUGESTIVO DE TEP)

- ☐ HIPERTRANSPARENCIA (SINAL DE WESTERMARK)10 - ☐ ÁREA AVASCULAR10 - ☐ COLAPSO LOBO PULMONAR10 - ☐ OUTRAS9 - ☐ LADO ESQUERDO10 - ☐ ATELECTASIA10 - ☐ DERRAME PLEURAL- ☐ CONDENSAÇÃO EM FORMA DE

10 - CONE (SINAL DE HAMPTON-

## ALTAMENTE SUGESTIVO DE TEP)

- ☐ HIPERTRANSPARENCIA (SINAL

10 - DE WESTERMARK)

10 - ☐ ÁREA AVASCULAR10 - ☐ COLAPSO LOBO PULMONAR10 - ☐ OUTRAS6 - ☐ NÃO REALIZADO5 - ☐ RADIOGRAFIA DE ABDOMEM6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ ALTERAÇÕES COLUNA LOMBAR8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA

ARTÉRIA ESPLÊNICA

7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ OSTEOMIELITE8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS8 - ☐ FRATURAS/LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA6 - ☐ NÃO REALIZADO4 - ☐ ULTRASONOGRAFIA5 - ☐ ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL6 - ☐ REALIZADO7 - ☐ NORMAL7 - ☐ SEM LAUDO7 - ☐ ALTERADO8 - ☐ ANEURISMA9 - ☐ AORTA INFRA RENAL10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5 CM10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM10 - ☐ DIÂMETRO IGUALA 5 CM9 - ☐ AORTA JUSTA RENAL10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5 CM10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM10 - ☐ DIÂMETRO IGUALA 5 CM9 - ☐ AORTA SUPRA RENAL10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5 CM10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM10 - ☐ DIÂMETRO IGUALA 5 CM9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA10 - ☐ COMUM11 - ☐ DIREITA1210 - ☐ INTERNA11 - ☐ DIREITA11 - ☐ ESQUERDA1111 - ☐ ESQUERDA9 - ☐ ARTERIA RENAL10 - ☐ DIREITA10 - ☐ ESQUERDA9 - ☐ TRONCO CELÍACO9 - ☐ ARTERIA ESPLÊNICA9 - ☐ ARTERIA HEPÁTICA9 - ☐ ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR9 - ☐ ARTERIA GÁSTRICA9 - ☐ ARTERIA GASTRODUODENAL9 - ☐ OUTRAS

- 8 - ☐ ALTERAÇÕES RENAIAS
- 9 - ☐ ATROFIA
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ HIDRONEFROSE
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 5 - ☐ ULTRA-SONOGRAFIA CERVICAL
- 6 - ☐ REALIZADO
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ SEM LAUDO
- 7 - ☐ ALTERADO
- 8 - ☐ ANEURISMA
- 9 - ☐ CAROTIDA
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ SUBCLAVIA
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ JUGULAR INTERNA
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 4 - ☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- 5 - ☐ TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
- 6 - ☐ REALIZADO
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ SEM LAUDO
- 7 - ☐ ALTERADO
- 8 - ☐ ISQUEMIA
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
- 8 - ☐ HEMORRAGIA
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
- 8 - ☐ DESVIO DA LINHA MEDIA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 4 - ☐ RESSONÂNCIA MAGNETICA
- 5 - ☐ RESSONÂNCIA DE CRÂNIO
- 6 - ☐ REALIZADO
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ SEM LAUDO
- 8 - ☐ TEMPO DE CAPTAÇÃO PROLONGADA A ESQUERDA
- 8 - ☐ QUEDA DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR A DIREITA
- 8 - ☐ QUEDA DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR A ESQUERDA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 4 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
- 5 - ☐ NÃO REALIZADO
- 5 - ☐ REALIZADO
- 6 - ☐ SEM LAUDO
- 6 - ☐ ARTERIAL
- 7 - ☐ CERVICAL
- 8 - ☐ NORMAL
- 8 - ☐ ALTERADO
- 9 - ☐ ARTÉRIA CARÓTIDA COMUM DIREITA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ <50%
- 11 - ☐ 50-70%
- 11 - ☐ 70-99%
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 11 - ☐ SIM
- 11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ ARTÉRIA CARÓTIDA COMUM ESQUERDA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ <50%
- 11 - ☐ 50-70%
- 11 - ☐ 70-99%
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 11 - ☐ SIM
- 11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ ARTÉRIA CARÓTIDA EXTERNA DIREITA
- 7 - ☐ ALTERADO
- 8 - ☐ ISQUEMIA
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
- 8 - ☐ HEMORRAGIA
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
- 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
- 8 - ☐ DESVIO DA LINHA MEDIA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 5 - ☐ RESSONÂNCIA DO PÉ DIREITO
- 6 - ☐ REALIZADO
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ SEM LAUDO
- 7 - ☐ ALTERADO
- 8 - ☐ OSTEOMIELITE
- 8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS
- 8 - ☐ ABSCESSO
- 8 - ☐ ENVOLVIMENTO DE TENDÕES
- 8 - ☐ FRATURAS/ LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)
- 8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 5 - ☐ RESSONÂNCIA DO PÉ ESQUERDO
- 6 - ☐ REALIZADO
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ SEM LAUDO
- 7 - ☐ ALTERADO
- 8 - ☐ OSTEOMIELITE
- 8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS
- 8 - ☐ ABSCESSO
- 8 - ☐ ENVOLVIMENTO DE TENDÕES
- 8 - ☐ FRATURAS/ LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)
- 8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA
- 6 - ☐ NÃO REALIZADO
- 4 - ☐ CINTILOGRAFIA
- 5 - ☐ RENAL
- 6 - ☐ REALIZADO
- 7 - ☐ ESTATICA
- 7 - ☐ DINAMICA
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ALTERADA
- 8 - ☐ ATROFIA RENAL DIREITA
- 8 - ☐ ATROFIA RENAL ESQUERDA
- 8 - ☐ TEMPO DE CAPTAÇÃO PROLONGADA A DIREITA
- 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 11 - ☐ SIM
- 11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ ARTÉRIA CARÓTIDA EXTERNA ESQUERDA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ <50%
- 11 - ☐ 50-70%
- 11 - ☐ 70-99%
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 11 - ☐ SIM
- 11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DIREITA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ <50%
- 11 - ☐ 50-70%
- 11 - ☐ 70-99%
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 11 - ☐ SIM
- 11 - ☐ NÃO
- 9 - ☐ ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA ESQUERDA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ <50%
- 11 - ☐ 50-70%
- 11 - ☐ 70-99%
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO



10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ <50%  
 11 - ☐ 50-70%  
 11 - ☐ 70-99%  
 10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ <50%  
 11 - ☐ 50-70%  
 11 - ☐ 70-99%  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO

9 - ☐ ARTÉRIA VERTEBRAL ESQUERDA

10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ > 50%  
 11 - ☐ < 50%  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ INVERSÃO DE FLUXO  
 10 - ☐ HIPOPLASIA  
 10 - ☐ HIPERPLASIA  
 10 - ☐ NÃO VISUALIZADA  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO

7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES

8 - ☐ NORMAL

8 - ☐ ALTERADO

9 - ☐ ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA

10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ > 50%  
 11 - ☐ < 50%  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 10 - ☐ MANOBRAS DESFILADEIRO  
 11 - ☐ POSITIVA  
 11 - ☐ NEGATIVA

9 - ☐ ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA

10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ > 50%

10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ > 50%  
 11 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ ARTÉRIA ULNAR ESQUERDA  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ > 50%  
 11 - ☐ < 50%

7 - ☐ ABDOMINAL

8 - ☐ NORMAL

8 - ☐ ALTERADO

9 - ☐ TRONCO CELÍACO

10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ OSTIAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50-75 %

12 - ☐ > 75 %

11 - ☐ PROXIMAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50-75 %

12 - ☐ > 75 %

11 - ☐ DISTAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50-75 %

12 - ☐ > 75 %

10 - ☐ COMPRESSÃO

10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 11 - ☐ SIM  
 11 - ☐ NÃO

9 - ☐ ARTÉRIA VERTEBRAL DIREITA

10 - ☐ OCLUSÃO

11 - ☐ < 50%

10 - ☐ DISSECÇÃO

10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ ENDOPRÓTESE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

10 - ☐ MANOBRAS DESFILADEIRO

11 - ☐ POSITIVA

11 - ☐ NEGATIVA

9 - ☐ ARTÉRIA AXILAR DIREITA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA AXILAR ESQUERDA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA BRAQUIAL DIREITA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

9 - ☐ ARTÉRIA BRAQUIAL ESQUERDA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

9 - ☐ ARTÉRIA RADIAL DIREITA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

9 - ☐ ARTÉRIA RADIAL ESQUERDA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

9 - ☐ ARTÉRIA ULNAR DIREITA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50 -75 %

12 - ☐ > 75 %

10 - ☐ FIBRODISPLASIA

9 - ☐ ARTÉRIA GÁSTRICA DIREITA

10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ OSTIAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50 -75 %

12 - ☐ > 75 %

11 - ☐ PROXIMAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50 -75 %

12 - ☐ > 75 %

11 - ☐ DISTAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50 -75 %

12 - ☐ > 75 %

9 - ☐ ARTÉRIA HEPÁTICA COMUM

10 - ☐ ANEURISMA

10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ OSTIAL

12 - ☐ < 50%

12 - ☐ 50 -75 %

12 - ☐ > 75 %

11 - ☐ PROXIMAL

- 10 - ☐ FIBRODISPLASIA
- 9 - ☐ ARTÉRIA ESPLÊNICA
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ OSTIAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ DISTAL
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ DISTAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 10 - ☐ IRA
- 11 - ☐ >OU=3,5
- 11 - ☐ <3,5
- 10 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL
- 9 - ☐ ARTÉRIA RENAL ESQUERDA
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ OSTIAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ DISTAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 10 - ☐ IRA
- 11 - ☐ >OU=3,5
- 11 - ☐ <3,5
- 10 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL
- 9 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ OSTIAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 10 - ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA DISSECÇÃO
- 12 - ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA REENTRADA
- 12 - ☐ NÃO IDENTIFICADO LOCAL DA DISSECÇÃO
- 12 - ☐ NÃO IDENTIFICADO LOCAL DA REENTRADA
- 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
- 8 - ☐ NORMAL
- 8 - ☐ ALTERADO
- 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA COMUM DIREITA
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ >70%
- 11 - ☐ <70%
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 11 - ☐ >2CM
- 11 - ☐ <2CM
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA COMUM ESQUERDA
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ >70%
- 11 - ☐ <70%
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ DISTAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 9 - ☐ ARTÉRIA RENAL DIREITA
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ OSTIAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ DISTAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ FIBRODISPLASIA
- 9 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ OSTIAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ PROXIMAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 11 - ☐ DISTAL
- 12 - ☐ < 50%
- 12 - ☐ 50 -75 %
- 12 - ☐ > 75 %
- 9 - ☐ AORTA INFRA-RENAL
- 10 - ☐ NORMAL
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 11 - ☐ SACULAR
- 11 - ☐ FUSIFORME
- 11 - ☐ ROTO
- 11 - ☐ INFLAMATÓRIO
- 11 - ☐ COMPRIMENTO DO COLO PROXIMAL
- 12 - ☐ COLO PROXIMAL MENOR QUE 0,5 CM
- 12 - ☐ COLO PROXIMAL ENTRE 0,6 E 1 CM
- 12 - ☐ COLO PROXIMAL ENTRE 1,1 E 1,5
- 12 - ☐ COLO PROXIMAL ENTRE 1,6 E 2 CM
- 12 - ☐ COLO PROXIMAL MAIOR QUE 2CM
- 11 - ☐ ARTÉRIAS RENAIIS ACOMETIDAS
- 12 - ☐ DIREITA
- 12 - ☐ ESQUERDA
- 11 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 11 - ☐ >2CM
- 11 - ☐ <2CM
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA EXTERNA DIREITA
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ >70%
- 11 - ☐ <70%
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO
- 10 - ☐ ANEURISMA
- 11 - ☐ >2CM
- 11 - ☐ <2CM
- 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
- 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA EXTERNA ESQUERDA
- 10 - ☐ ESTENOSE
- 11 - ☐ >70%
- 11 - ☐ <70%
- 10 - ☐ OCLUSÃO
- 10 - ☐ DISSECÇÃO

11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA INTERNA DIREITA

10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA INTERNA ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO

11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL DIREITA

10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL ESQUERDA

10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA DIREITA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ TRONCO TÍBIO-FIBULAR ESQUERDO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL COMUM DIREITA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ PSEUDOANEURISMA  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM

10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL COMUM ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ PSEUDOANEURISMA  
 10 - ☐ ANEURISMA

9 - ☐ ARTÉRIA POPLÍTEA DIREITA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA POPLÍTEA ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR DIREITA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE

9 - ☐ ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ TRONCO TÍBIO-FIBULAR DIREITO  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%

10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA FIBULAR ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM

10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR DIREITA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 10 - ☐ ANEURISMA  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR ESQUERDA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO  
 11 - ☐ >2CM  
 11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 9 - ☐ ARTÉRIA FIBULAR DIREITA  
 10 - ☐ ESTENOSE  
 11 - ☐ >70%  
 11 - ☐ <70%  
 10 - ☐ OCLUSÃO  
 10 - ☐ DISSECÇÃO

9 - ☐ VEIA SUBCLAVIA DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 9 - ☐ VEIA SUBCLAVIA ESQUERDA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 9 - ☐ VEIA AXILAR DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO  
 9 - ☐ VEIA AXILAR ESQUERDA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO  
 9 - ☐ VEIAS BRAQUIAIS DIREITAS

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

11 - ☐ <2CM  
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE  
 6 - ☐ VENOSO  
 7 - ☐ CERVICAL  
 8 - ☐ NÃO REALIZADO  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO  
 9 - ☐ VEIA JUGULAR INTERNA DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 9 - ☐ VEIA JUGULAR EXTERNA DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES  
 8 - ☐ NÃO REALIZADO  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADO

10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 9 - ☐ VEIAS BRAQUIAIS ESQUERDAS  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 9 - ☐ VEIAS RADIAIS DIREITAS  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 9 - ☐ VEIAS RADIAIS ESQUERDAS  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 9 - ☐ VEIAS ULNARES DIREITAS  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

9 - ☐ VEIAS ULNARES ESQUERDAS  
10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

9 - ☐ VEIA CEFALICA DIREITA  
10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

9 - ☐ VEIA CEFALICA ESQUERDA  
10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

9 - ☐ VEIA BASILICA DIREITA

10 - ☐ AUSENTE  
10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

9 - ☐ VEIA BASILICA ESQUERDA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

11 - ☐ PARCIAL  
11 - ☐ COMPLETA

9 - ☐ VEIA ILIACA COMUM ESQUERDA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

11 - ☐ PARCIAL  
11 - ☐ COMPLETA

9 - ☐ VEIA ILIACA INTERNA DIREITA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

9 - ☐ VEIA ILIACA INTERNA ESQUERDA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

9 - ☐ OUTRAS VEIAS SUPERFICIAIS MEMBRO SUPERIOR DIREITO

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

9 - ☐ OUTRAS VEIAS SUPERFICIAIS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

7 - ☐ ABDOME

8 - ☐ NÃO REALIZADO

8 - ☐ NORMAL

8 - ☐ ALTERADO

9 - ☐ VEIA CAVA INFERIOR

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ AUSÊNCIA DO SEGMENTO RETROHEPÁTICO

10 - ☐ LOCALIZAÇÃO A ESQUERDA DA AORTA

10 - ☐ CONFLUÊNCIA PRE-AORTICA

9 - ☐ VEIA ILIACA COMUM DIREITA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ DESVIADA LATERALMENTE A ARTERIA ILIACA EXTERNA

9 - ☐ VEIA ILIACA EXTERNA ESQUERDA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ DESVIADA LATERALMENTE A ARTERIA ILIACA EXTERNA

7 - ☐ MEMBROS INFERIORES

8 - ☐ NÃO REALIZADO

8 - ☐ NORMAL

8 - ☐ ALTERADO

9 - ☐ VEIA FEMORAL COMUM DIREITA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA FEMORAL COMUM ESQUERDA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

9 - ☐ VEIA ILIACA EXTERNA DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO  
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA FEMORAL SUPERFICIAL DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO  
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA FEMORAL SUPERFICIAL ESQUERDA  
 10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO  
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA FEMORAL PROFUNDA DIREITA  
 10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO  
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA FEMORAL PROFUNDA ESQUERDA

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIAS TIBIAIS ANTERIORES ESQUERDAS

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIAS TIBIAIS POSTERIORES DIREITAS

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIAS TIBIAIS POSTERIORES ESQUERDAS

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIAS FIBULARES DIREITAS

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA POPLITEA DIREITA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIA POPLITEA ESQUERDA

10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ DUPLICAÇÃO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIAS TIBIAIS ANTERIORES DIREITAS

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR

9 - ☐ VEIAS SOLEARES DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

9 - ☐ VEIAS SOLEARES DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

9 - ☐ VEIAS GASTROCNEMIAS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

10 - ☐ REFLUXO

9 - ☐ VEIAS GASTROCNEMIAS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ REFLUXO  
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR  
 9 - ☐ VEIAS FIBULARES ESQUERDAS  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 10 - ☐ REFLUXO

9 - ☐ VEIA SAFENA MAGNA DIREITA  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ REFLUXO  
 - ☐ (TIPO I) DE JUNÇÃO SAFENO FEMORAL SE  
 11 DIRECIONANDO PARA  
 TRIBUTÁRIAS DA CROÇA  
 - ☐ (TIPO II) DE JUNÇÃO SAFENO FEMORAL E NA  
 11 SAFENA MAGNA ATÉ 1/3  
 INFERIOR DE COXA OU SUPERIOR DE PERNA  
 - ☐ (TIPO III) NO SEGMENTO DA PERNA ATÉ  
 11 REGIÃO MALEOLAR  
 - ☐ (TIPO IV) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS  
 11 SEGMENTOS DA VEIA  
 SAFENA NA COXA OU NA PERNA  
 - ☐ (TIPO V) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSF E NA  
 11 SAFENA MAGNA EM TODA  
 SUA EXTENSÃO  
 11 - ☐ REFLUXO DE COTO RESIDUAL  
 11 - ☐ REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA  
 9 - ☐ VEIA SAFENA MAGNA ESQUERDA  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ REFLUXO  
 - ☐ (TIPO I) DE JUNÇÃO SAFENO POPLÍTEA E NO  
 11 SEGMENTO PROXIMAL  
 DE SAFENA PARVA. SEGMENTO DISTAL COMPETENTE

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOFEMORAL  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ REFLUXO  
 11 - ☐ (TIPO I) DE JUNÇÃO SAFENO FEMORAL SE DIRECIONANDO PARA  
 TRIBUTÁRIAS DA CROÇA  
 11 - ☐ (TIPO II) DE JUNÇÃO SAFENO FEMORAL E NA SAFENA MAGNA ATÉ 1/3  
 INFERIOR DE COXA OU SUPERIOR DE PERNA  
 11 - ☐ (TIPO III) NO SEGMENTO DA PERNA ATÉ REGIÃO MALEOLAR  
 11 - ☐ (TIPO IV) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS SEGMENTOS DA VEIA  
 SAFENA NA COXA OU NA PERNA  
 11 - ☐ (TIPO V) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSF E NA SAFENA MAGNA EM TODA  
 SUA EXTENSÃO  
 11 - ☐ REFLUXO DE COTO RESIDUAL  
 11 - ☐ REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA

9 - ☐ VEIA SAFENA PARVA DIREITA  
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

12  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA  
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL  
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL  
 12 - ☐ TOTAL  
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPLITEA

12 PROXIMAL  
 12 DISTAL

PARVA, AUSÊNCIA DE	12	
REFLUXO ATRAVÉS DE JUNCÇÃO SAFENO POPLÍTEA		
- <input type="checkbox"/> (TIPO III) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS	XO	
11 SEGMENTOS DA VEIA		11 JUNCÇÃO SAFENO POPLÍTEA E NO SEGMENTO PROXIMAL
SAFENA PARVA	IVA. SEGMENTO DISTAL COMPETENTE	
- <input type="checkbox"/> (TIPO IV) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSP ATÉ		
11 REGIÃO PERIMALEOLAR		11 SEGMENTO DISTAL DE SAFENA PARVA, AUSÊNCIA DE
- <input type="checkbox"/> (TIPO V) REFLUXO NA VEIA GIACOMINI ATÉ		
11 JSP. SAFENA PARVA É	VÉS DE JUNCÇÃO SAFENO POPLÍTEA	11 SEGMENTAR: EM UM OU MAIS SEGMENTOS DA VEIA
COMPETENTE		
11 - <input type="checkbox"/> REFLUXO DE COTO RESIDUAL	SAFENA PARVA	11 USO: ATRAVÉS DA JSP ATÉ REGIÃO PERIMALEOLAR
11 - <input type="checkbox"/> REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA		11 LUXO NA VEIA GIACOMINI ATÉ JSP. SAFENA PARVA É
10 - <input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO DA CROÇA		
11 - <input type="checkbox"/> AO NÍVEL DA PREGA POPLÍTEA	COMPETENTE	
11 - <input type="checkbox"/> ATÉ 4 CM DA PREGA POPLÍTEA		11 DE COTO RESIDUAL
11 - <input type="checkbox"/> ENTRE 4 A 10 CM DA PREGA POPLÍTEA		11 DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA
11 - <input type="checkbox"/> ACIMA DE 10 CM DA PREGA POPLÍTEA	.IZAÇÃO DA CROÇA	
- <input type="checkbox"/> NA COMUNICAÇÃO DIRETA DA SAFENA		
11 PARVA COM SAFENA MAGNA		11. DA PREGA POPLÍTEA
(VEIA GIACOMINI)		11 DA PREGA POPLÍTEA
11 - <input type="checkbox"/> OUTRAS		11 A 10 CM DA PREGA POPLÍTEA
9 - <input type="checkbox"/> VEIA SAFENA PARVA ESQUERDA		11 E 10 CM DA PREGA POPLÍTEA
10 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE ANTIGA		11 AÇÃO DIRETA DA SAFENA PARVA COM SAFENA MAGNA
11 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO PARCIAL	(VEIA GIACOMINI)	
12 - <input type="checkbox"/> JUNCÇÃO SAFENOPOPLITEA		11
9 - <input type="checkbox"/> VEIAS PÉLVICAS		
10 - <input type="checkbox"/> TRIBUTÁRIAS DA REGIÃO PÉLVICA (PLEXO GONADAL OU PUDENDO) QUE PASSAM ATRAVÉS DO LIGAMENTO REDONDO E TRANSFEREM		
REFLUXO PARA O SISTEMA DE SAFENAS		
10 - <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE REFLUXO ATRAVÉS DE VEIAS GLÚTEAS		
10 - <input type="checkbox"/> VARIZES VULVARES, QUE PODEM TER ORIGEM PÉLVICA OU DE TRIBUTÁRIAS DA CROÇA DA SAFENA INTERNA, MAIS FREQUENTEMENTE		
RAMOS DA VEIA PUDENDA EXTERNA		
9 - <input type="checkbox"/> VEIAS VARICOSAS NÃO SAFENAS MEMBRO INFERIOR DIREITO 10 - <input type="checkbox"/> COXA		
11 - <input type="checkbox"/> PRESENTES		
11 - <input type="checkbox"/> AUSENTES		
11 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE ANTIGA		
12 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO PARCIAL		
12 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO TOTAL		
12 - <input type="checkbox"/> SEM RECANALIZAÇÃO		
11 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE AGUDA		
12 - <input type="checkbox"/> TROMBO FLUTUANTE		
12 - <input type="checkbox"/> TROMBO ADERENTE		
10 - <input type="checkbox"/> PERNA		
11 - <input type="checkbox"/> PRESENTES		
11 - <input type="checkbox"/> AUSENTES		
11 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE ANTIGA		
12 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO PARCIAL		
12 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO TOTAL		
12 - <input type="checkbox"/> SEM RECANALIZAÇÃO		
11 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE AGUDA		
12 - <input type="checkbox"/> TROMBO FLUTUANTE		
12 - <input type="checkbox"/> TROMBO ADERENTE		
9 - <input type="checkbox"/> VEIAS VARICOSAS NÃO SAFENAS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO 10 - <input type="checkbox"/> COXA		
11 - <input type="checkbox"/> PRESENTES		
11 - <input type="checkbox"/> AUSENTES		
11 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE ANTIGA		
12 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO PARCIAL		
12 - <input type="checkbox"/> RECANALIZAÇÃO TOTAL		
12 - <input type="checkbox"/> SEM RECANALIZAÇÃO		
11 - <input type="checkbox"/> TROMBOSE AGUDA		
12 - <input type="checkbox"/> TROMBO FLUTUANTE		
12 - <input type="checkbox"/> TROMBO ADERENTE		
10 - <input type="checkbox"/> PERNA		
11 - <input type="checkbox"/> PRESENTES		
11 - <input type="checkbox"/> AUSENTES		
13 - <input type="checkbox"/> 5 OU MAIS		
11 - <input type="checkbox"/> FACE MEDIAL		
12 - <input type="checkbox"/> QUANTIDADE		
13 - <input type="checkbox"/> 1		
13 - <input type="checkbox"/> 2		
13 - <input type="checkbox"/> 3		
13 - <input type="checkbox"/> 4		
13 - <input type="checkbox"/> 5 OU MAIS		
11 - <input type="checkbox"/> FACE POSTERIOR		
12 - <input type="checkbox"/> QUANTIDADE		
13 - <input type="checkbox"/> 1		
13 - <input type="checkbox"/> 2		



- 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 9 - ☐ VEIAS PERFURANTES INSUFICIENTES MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
 10 - ☐ COXA  
 11 - ☐ FACE LATERAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 11 - ☐ FACE MEDIAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 11 - ☐ FACE POSTERIOR  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 10 - ☐ PERNA  
 11 - ☐ FACE LATERAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 11 - ☐ TROMBOSE ANTIGA  
 12 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL  
 12 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL  
 12 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO  
 11 - ☐ TROMBOSE AGUDA  
 12 - ☐ TROMBO FLUTUANTE  
 12 - ☐ TROMBO ADERENTE  
 9 - ☐ VEIAS RETICULARES PRESENTES MEMBRO INFERIOR DIREITO  
 10 - ☐ COXA  
 10 - ☐ PERNA  
 9 - ☐ VEIAS RETICULARES PRESENTES MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
 10 - ☐ COXA  
 10 - ☐ PERNA  
 9 - ☐ VEIAS PERFURANTES INSUFICIENTES MEMBRO INFERIOR DIREITO  
 10 - ☐ COXA  
 11 - ☐ FACE LATERAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 11 - ☐ FACE MEDIAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 11 - ☐ FACE POSTERIOR  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 10 - ☐ PERNA  
 11 - ☐ FACE LATERAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 11 - ☐ FACE MEDIAL  
 12 - ☐ QUANTIDADE

13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 11 - ☐ FACE POSTERIOR  
 12 - ☐ QUANTIDADE  
 13 - ☐ 1  
 13 - ☐ 2  
 13 - ☐ 3  
 13 - ☐ 4  
 13 - ☐ 5 OU MAIS  
 4 - ☐ ARTERIOGRAFIA  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ALTERADA  
 6 - ☐ AORTA ABDOMINAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL DIREITA  
 7 - ☐ ANOMALIA ANATÔMICA  
 8 - ☐ ARTÉRIAS POLARES MÚLTIPLAS  
 8 - ☐ ARTÉRIA RENAL DUPLA  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL  
 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL ESQUERDA  
 7 - ☐ ANOMALIA ANATÔMICA  
 8 - ☐ ARTÉRIAS POLARES MÚLTIPLAS  
 8 - ☐ ARTÉRIA RENAL DUPLA  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL  
 6 - ☐ ARTÉRIA ESPLÊNICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA GASTRODUODENAL  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA

7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ COMPRESSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 6 - ☐ ARTÉRIA GÁSTRICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA GASTRODUODENAL  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA

9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 6 - ☐ TRONCO CELÍACO

8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA HEPÁTICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO

8 - ☐ ESTENOSE URETERAL  
 9 - ☐ DIREITA  
 9 - ☐ ESQUERDA  
 7 - ☐ OUTRAS ALTERAÇÕES  
 6 - ☐ AORTA TORÁCICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ DISSECÇÃO  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 7 - ☐ ÚLCERA  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 8 - ☐ SACULAR  
 8 - ☐ FUSIFORME  
 7 - ☐ FLAP INTIMAL  
 8 - ☐ DUAS LUZES  
 7 - ☐ DESLOCAMENTO DA CALCIFICAÇÃO DA INTIMA  
 6 - ☐ CARÓTIDA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ OCLUSÃO DE CARÓTIDA  
 8 - ☐ DIREITA  
 9 - ☐ COMUM  
 9 - ☐ INTERNA  
 9 - ☐ EXTERNA  
 8 - ☐ ESQUERDA  
 9 - ☐ COMUM  
 9 - ☐ INTERNA  
 9 - ☐ EXTERNA  
 7 - ☐ DISSECÇÃO DE CARÓTIDA  
 8 - ☐ DIREITA  
 9 - ☐ COMUM

7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %

7 - ☐ DISSECÇÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL ABDOMINAL  
 7 - ☐ ARCADA PANCREATODUODENAL  
 7 - ☐ GASTRODUODENAIAS  
 7 - ☐ ARCADA DE RIOLAN  
 4 - ☐ ANGIORESSONÂNCIA MANGNETICA  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ALTERADO  
 6 - ☐ NÃO VASCULAR ESPECÍFICO  
 7 - ☐ TORACICO  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ HEMATOMA MEDIASTINO  
 7 - ☐ ABDOMINAL  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ HEMATOMA RETROPERITONEAL  
 8 - ☐ ATROFIA RENAL DIREITA  
 8 - ☐ ATROFIA RENAL ESQUERDA  
 8 - ☐ RIM EM FERRADURA  
 8 - ☐ HIDRONEFROSE  
 9 - ☐ DIREITA  
 9 - ☐ ESQUERDA  
 8 - ☐ DILATAÇÃO URETERAL  
 9 - ☐ DIREITA  
 9 - ☐ ESQUERDA

- 9 - ☐ INTERNA
- 9 - ☐ EXTERNA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ COMUM
- 9 - ☐ INTERNA
- 9 - ☐ EXTERNA
- 7 - ☐ ESTENOSE DE CARÓTIDA
- 8 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ COMUM
- 9 - ☐ INTERNA
- 9 - ☐ EXTERNA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ COMUM
- 9 - ☐ INTERNA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 6 - ☐ AXILAR
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ESTENOSE DE AXILAR
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ OCLUSÃO DE AXILAR
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ ANEURISMA DE AXILAR DIREITA
- 8 - ☐ COM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA (SD DESFILADEIRO)
- 9 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 8 - ☐ SEM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA
- 9 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 6 - ☐ VERTEBRAL
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ESTENOSE DE VERTEBRAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ OCLUSÃO DE VERTEBRAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 7 - ☐ ANEURISMA DE VERTEBRAL
- 8 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ SACULAR
- 9 - ☐ FUSIFORME
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ SACULAR
- 9 - ☐ FUSIFORME
- 6 - ☐ AORTA INFRA-RENAL
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ESTENOSE
- 9 - ☐ EXTERNA
- 7 - ☐ ANEURISMA DE CARÓTIDA
- 8 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ COMUM
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 9 - ☐ INTERNA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 9 - ☐ EXTERNA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 8 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ COMUM
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 9 - ☐ INTERNA
- 10 - ☐ SACULAR
- 10 - ☐ FUSIFORME
- 9 - ☐ EXTERNA
- 10 - ☐ SACULAR

- 10- ☐ FUSIFORME
- 6- ☐ SUBCLAVIA
- 7- ☐ NORMAL
- 7- ☐ ESTENOSE DE SUBCLÁVIA
- 8- ☐ DIREITA
- 8- ☐ ESQUERDA
- 7- ☐ OCLUSÃO DE SUBCLÁVIA
- 8- ☐ DIREITA
- 8- ☐ ESQUERDA
- 7- ☐ ANEURISMA DE SUBCLAVIA
- 8- ☐ COM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA (SD DESFILADEIRO)
- 9- ☐ DIREITA
- 10- ☐ SACULAR
- 10- ☐ FUSIFORME
- 9- ☐ ESQUERDA
- 10- ☐ SACULAR
- 10- ☐ FUSIFORME
- 8- ☐ SEM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA
- 9- ☐ DIREITA
- 10- ☐ SACULAR
- 10- ☐ FUSIFORME
- 9- ☐ ESQUERDA
- 7- ☐ OCLUSÃO
- 7- ☐ ÚLCERA
- 7- ☐ ANEURISMA
- 8- ☐ SACULAR
- 8- ☐ FUSIFORME
- 8- ☐ ROTO
- 8- ☐ INFLAMATÓRIO
- 8- ☐ OUTRAS
- 8- ☐ DIÂMETRO
- 9- ☐ MENOR QUE 5 CM
- 9- ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5 CM
- 9- ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM
- 8- ☐ COMPRIMENTO COLO PROXIMAL
- 9- ☐ MENOR QUE 1CM
- 9- ☐ ENTRE 1,1 E 1,5CM
- 9- ☐ ENTRE 1,6 E 2,0CM
- 9- ☐ MAIOR QUE 2,1CM
- 8- ☐ ARTÉRIAS RENAL ACOMETIDA
- 9- ☐ NÃO
- 9- ☐ SIM
- 10- ☐ DIREITA
- 10- ☐ ESQUERDA
- 7- ☐ DISSECÇÃO
- 8- ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA DISSECÇÃO
- 9- ☐ SIM
- 9- ☐ NÃO
- 8- ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA REENTRADA
- 9- ☐ SIM
- 9- ☐ NÃO
- 6- ☐ AORTA TORACO-ABDOMINAL
- 7- ☐ NORMAL
- 7- ☐ ÚLCERA
- 7- ☐ ANEURISMA
- 8- ☐ FUSIFORME
- 8- ☐ SACULAR
- 8- ☐ ROTO
- 8- ☐ DIÂMETRO
- 9- ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5,5 CM
- 9- ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5,5 CM
- 9- ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5,5 CM
- 8- ☐ CLASSIFICAÇÃO CRAWFORD
- 9- ☐ TIPO I
- 9- ☐ TIPO

9 - ☐ TIPO III  
 9 - ☐ TIPO IV  
 9 - ☐ TIPO V  
 8 - ☐ INFLAMATÓRIO  
 8 - ☐ OUTRAS  
 7 - ☐ DISSECÇÃO  
 8 - ☐ IDENTIFICA LOCAL DA DISSECÇÃO  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 8 - ☐ IDENTIFICA LOCAL DA REENTRADA  
 9 - ☐ SIM  
 9 - ☐ NÃO  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ VEIA CAVA INFERIOR  
 8 - ☐ RETROAÓRTICA  
 8 - ☐ ANTERIOR AORTA  
 7 - ☐ ANÔMALA  
 6 - ☐ ARTÉRIA ESPLÊNICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 8 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ ÚNICO  
 9 - ☐ MÚLTIPLOS  
 8 - ☐ FUSIFORME  
 9 - ☐ ÚNICO  
 9 - ☐ MÚLTIPLOS  
 8 - ☐ DIÂMETRO>2CM  
 8 - ☐ DIÂMETRO<2CM  
 8 - ☐ DIÂMETRO=2CM  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL ESQUERDA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL  
 6 - ☐ ARTÉRIA GÁSTRICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA DE GÁSTRICA  
 8 - ☐ SACULAR  
 8 - ☐ FUSIFORME  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %

9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 6 - ☐ TRONCO CELÍACO  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA DO TRONCO CELÍACO  
 8 - ☐ SACULAR  
 8 - ☐ FUSIFORME  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ POR ATROSCLEROSE  
 8 - ☐ POR COMPRESSÃO  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL DIREITA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ >75%  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75%  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75%  
 9 - ☐ > 75%  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA DE MESENTÉRICA SUPERIOR  
 8 - ☐ SACULAR  
 8 - ☐ FUSIFORME  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO

- 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA GASTRODUODENAL  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA GASTRODUODENAL  
 8 - ☐ SACULAR  
 8 - ☐ FUSIFORME  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA HEPÁTICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA HEPÁTICO  
 8 - ☐ COMUM  
 9 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ FUSIFORME  
 8 - ☐ DIREITA  
 9 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ FUSIFORME  
 8 - ☐ ESQUERDA  
 9 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ FUSIFORME  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 8 - ☐ COMUM  
 8 - ☐ DIREITA  
 8 - ☐ ESQUERDA  
 6 - ☐ ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES  
 7 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO  
 8 - ☐ SEM LAUDO  
 8 - ☐ NORMAL  
 8 - ☐ ALTERADA  
 11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM  
 11 - ☐ MENOR QUE 2 CM  
 11 - ☐ IGUAL A 2 CM  
 10 - ☐ TIPO I  
 10 - ☐ TIPO II  
 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL PROFUNDA  
 9 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ FUSIFORME  
 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL SUPERFICIAL  
 9 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ FUSIFORME  
 10 - ☐ DIAMETRO  
 11 - ☐ MAIOR QUE 2,5 CM  
 11 - ☐ MENOR QUE 2,5 CM  
 11 - ☐ IGUAL A 2,5 CM  
 8 - ☐ OCLUSÃO DA ARTÉRIA POPLITEA  
 8 - ☐ ESTENOSE DA ARTÉRIA POPLITEA  
 8 - ☐ ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLITEA  
 9 - ☐ NÃO TROMBOSADO  
 10 - ☐ DIAMETRO  
 11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM  
 11 - ☐ MENOR QUE 2 CM

- 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ DISSECÇÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 9 - ☐ ESTENOSE DE ILÍACA  
 10 - ☐ COMUM  
 10 - ☐ INTERNA  
 10 - ☐ EXTERNA  
 9 - ☐ OCLUSÃO DE ILÍACA  
 10 - ☐ COMUM  
 10 - ☐ INTERNA  
 10 - ☐ EXTERNA  
 9 - ☐ DISSECÇÃO DE ILÍACA  
 10 - ☐ COMUM  
 10 - ☐ INTERNA  
 9 - ☐ EXTERNA  
 8 - ☐ ANEURISMA DE ILÍACA  
 9 - ☐ COMUM  
 10 - ☐ SACULAR  
 10 - ☐ FUSIFORME  
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM  
 9 - ☐ INTERNA  
 10 - ☐ SACULAR  
 10 - ☐ FUSIFORME  
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM  
 9 - ☐ EXTERNA  
 10 - ☐ SACULAR  
 10 - ☐ FUSIFORME  
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM  
 8 - ☐ ESTENOSE DE FEMORAL  
 9 - ☐ COMUM  
 9 - ☐ SUPERFICIAL  
 9 - ☐ PROFUNDA  
 8 - ☐ OCLUSÃO DE FEMORAL  
 9 - ☐ COMUM  
 9 - ☐ SUPERFICIAL  
 9 - ☐ PROFUNDA  
 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL COMUM  
 9 - ☐ SACULAR  
 9 - ☐ FUSIFORME  
 10 - ☐ DIAMETRO  
 10 - ☐ SACULAR  
 10 - ☐ FUSIFORME  
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM  
 9 - ☐ INTERNA  
 10 - ☐ SACULAR  
 10 - ☐ FUSIFORME  
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM  
 9 - ☐ EXTERNA  
 10 - ☐ SACULAR  
 10 - ☐ FUSIFORME  
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM  
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM  
 8 - ☐ ESTENOSE DE FEMORAL  
 9 - ☐ COMUM  
 9 - ☐ SUPERFICIAL  
 9 - ☐ PROFUNDA  
 8 - ☐ OCLUSÃO DE FEMORAL

- 11 - ☐ IGUAL A 2 CM
- 9 - ☐ TROMBOSADO
- 9 - ☐ PARCIALMENTE TROMBOSADO
- 7 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- 8 - ☐ SEM LAUDO
- 8 - ☐ NORMAL
- 8 - ☐ ALTERADA
- 9 - ☐ ESTENOSE DE ILÍACA
- 10 - ☐ COMUM
- 10 - ☐ INTERNA
- 10 - ☐ EXTERNA
- 9 - ☐ OCLUSÃO DE ILÍACA
- 10 - ☐ COMUM
- 10 - ☐ INTERNA
- 10 - ☐ EXTERNA
- 9 - ☐ DISSECÇÃO DE ILÍACA
- 10 - ☐ COMUM
- 10 - ☐ INTERNA
- 9 - ☐ EXTERNA
- 8 - ☐ ANEURISMA DE ILÍACA
- 9 - ☐ COMUM

- 11 - ☐ IGUAL A 2,5 CM
- 8 - ☐ OCLUSÃO DA ARTÉRIA POPLITEA
- 8 - ☐ ESTENOSE DA ARTÉRIA POPLITEA
- 8 - ☐ ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLITEA
- 9 - ☐ NÃO TROMBOSADO
- 10 - ☐ DIAMETRO
- 11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM
- 11 - ☐ MENOR QUE 2 CM
- 11 - ☐ IGUAL A 2 CM
- 9 - ☐ TROMBOSADO
- 9 - ☐ PARCIALMENTE TROMBOSADO
- 6 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL ABDOMINAL
- 7 - ☐ ARCADA PANCREATODUODENAL
- 7 - ☐ GASTRODUODENAL
- 7 - ☐ ARCADA DE RIOLAN
- 4 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA
- 5 - ☐ NÃO REALIZADA
- 5 - ☐ NORMAL
- 5 - ☐ ALTERADO
- 6 - ☐ NÃO VASCULAR ESPECÍFICO
- 7 - ☐ ABDOMINAL
- 8 - ☐ ATROFIA RENAL DIREITA
- 8 - ☐ ATROFIA RENAL ESQUERDA
- 8 - ☐ HIDRONEFROSE
- 9 - ☐ DIREITA
- 9 - ☐ ESQUERDA
- 8 - ☐ RIM EM FERRADURA
- 8 - ☐ OUTRAS ALTERAÇÕES
- 6 - ☐ AORTA ABDOMINAL
- 7 - ☐ ANEURISMA
- 7 - ☐ ESTENOSE
- 7 - ☐ OCLUSÃO
- 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL DIREITA
- 7 - ☐ ANEURISMA
- 7 - ☐ ESTENOSE
- 8 - ☐ OSTIAL
- 9 - ☐ <50%
- 9 - ☐ 50-75%
- 9 - ☐ >75%
- 8 - ☐ PROXIMAL
- 9 - ☐ <50%
- 9 - ☐ 50-75%
- 9 - ☐ >75%

- 6 - ☐ TRONCO CELÍACO
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ANEURISMA
- 7 - ☐ ESTENOSE
- 8 - ☐ POR ATEROSCLEROSE
- 8 - ☐ POR COMPRESSÃO
- 8 - ☐ OSTIAL
- 9 - ☐ < 50%
- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 8 - ☐ PROXIMAL

- 9 - ☐ COMUM
- 9 - ☐ SUPERFICIAL
- 9 - ☐ PROFUNDA
- 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL COMUM
- 9 - ☐ SACULAR
- 9 - ☐ FUSIFORME
- 10 - ☐ DIAMETRO
- 11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM
- 11 - ☐ MENOR QUE 2 CM
- 11 - ☐ IGUAL A 2 CM
- 10 - ☐ TIPO I
- 10 - ☐ TIPO II
- 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL PROFUNDA
- 9 - ☐ SACULAR
- 9 - ☐ FUSIFORME
- 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL SUPERFICIAL
- 9 - ☐ SACULAR
- 9 - ☐ FUSIFORME
- 10 - ☐ DIAMETRO
- 11 - ☐ MAIOR QUE 2,5 CM
- 11 - ☐ MENOR QUE 2,5 CM

- 8 - ☐ DISTAL
- 9 - ☐ <50%
- 9 - ☐ 50-75%
- 9 - ☐ >75%
- 7 - ☐ OCLUSÃO
- 7 - ☐ FIBRODISPLASIA
- 7 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL
- 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL ESQUERDA
- 7 - ☐ ANEURISMA
- 7 - ☐ ESTENOSE
- 8 - ☐ OSTIAL
- 9 - ☐ <50%
- 9 - ☐ 50-75%
- 9 - ☐ >75%
- 8 - ☐ PROXIMAL
- 9 - ☐ <50%
- 9 - ☐ 50-75%
- 9 - ☐ >75%
- 8 - ☐ DISTAL
- 9 - ☐ <50%
- 9 - ☐ 50-75%
- 9 - ☐ >75%
- 7 - ☐ OCLUSÃO
- 7 - ☐ FIBRODISPLASIA
- 7 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL
- 6 - ☐ ARTÉRIA ESPLÊNICA
- 7 - ☐ NORMAL
- 7 - ☐ ANEURISMA
- 7 - ☐ ESTENOSE
- 8 - ☐ OSTIAL
- 9 - ☐ < 50%
- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 8 - ☐ PROXIMAL
- 9 - ☐ < 50%
- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 8 - ☐ DISTAL
- 9 - ☐ < 50%
- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 7 - ☐ OCLUSÃO
- 7 - ☐ FIBRODISPLASIA

- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 8 - ☐ PROXIMAL
- 9 - ☐ < 50%
- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 8 - ☐ DISTAL
- 9 - ☐ < 50%
- 9 - ☐ 50-75 %
- 9 - ☐ > 75 %
- 7 - ☐ OCLUSÃO



- 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 6 - ☐ ARTÉRIA GÁSTRICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA GASTRODUODENAL  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ DISSECÇÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL
- 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ ARTÉRIA HEPÁTICA  
 7 - ☐ NORMAL  
 7 - ☐ ANEURISMA  
 7 - ☐ ESTENOSE  
 8 - ☐ OSTIAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ PROXIMAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 8 - ☐ DISTAL  
 9 - ☐ < 50%  
 9 - ☐ 50-75 %  
 9 - ☐ > 75 %  
 7 - ☐ OCLUSÃO  
 6 - ☐ PRESENÇA DE CIRCULAÇÃO COLATERAL ABDOMINAL  
 7 - ☐ ARCADA PANCREATODUODENAL  
 7 - ☐ GASTRODUODENALIS  
 7 - ☐ ARCADA DE RIOLAN  
 4 - ☐ UROGRAFIA EXCRETORA  
 5 - ☐ NORMAL  
 5 - ☐ ALTERADA  
 6 - ☐ ATROFIA RENAL DIREITA  
 6 - ☐ ATROFIA RENAL ESQUERDA  
 6 - ☐ ATRASO NO CONTRASTE DO SIST PIELO CALICIAL  
 7 - ☐ DIREITO  
 7 - ☐ ESQUERDO  
 6 - ☐ NEFROGRAMA PERSISTENTE A DIREITA  
 6 - ☐ NEFROGRAMA PERSISTENTE A ESQUERDA  
 5 - ☐ NÃO REALIZADA  
 2 - ☐ DIAGNOSTICO  
 3 - ☐ MEDICINA  
 4 - ☐ DOENÇAS ANEURISMÁTICAS ARTERIAIS  
 4 - ☐ ISQUEMIA VISCERAL CRÔNICA  
 5 - ☐ HIPERTENSÃO RENOVASCULAR  
 6 - ☐ ETIOLOGIA  
 7 - ☐ ATEROSCLEROSE
- 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ ARTERITE  
 5 - ☐ ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÔNICA  
 6 - ☐ ETIOLOGIA  
 7 - ☐ ATEROSCLEROSE  
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA  
 7 - ☐ ARTERITE  
 7 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA  
 7 - ☐ IRRADIAÇÃO  
 3 - ☐ FISIOTERAPIA  
 3 - ☐ ENFERMAGEM  
 3 - ☐ NUTRIÇÃO  
 2 - ☐ TRATAMENTO  
 3 - ☐ MEDICINA  
 4 - ☐ DOENÇAS ANEURISMÁTICAS ARTERIAIS  
 5 - ☐ CLÍNICO  
 6 - ☐ INDICAÇÃO  
 7 - ☐ ANEURISMA PEQUENO  
 7 - ☐ ANEURISMA ASSINTOMÁTICO  
 7 - ☐ PACIENTE ALTO RISCO CIRÚRGICO  
 - ☐ PACIENTE RECUSA TRATAMENTO  
 7 - ☐ CIRÚRGICO  
 6 - ☐ MEDICAMENTOSO  
 7 - ☐ CORTICOIDE  
 6 - ☐ OBSERVAÇÃO CLÍNICA  
 7 - ☐ RETORNO EM UM MÊS  
 7 - ☐ RETORNO EM TRÊS MESES  
 7 - ☐ RETORNO EM SEIS MESES  
 7 - ☐ RETORNO EM UM ANO  
 5 - ☐ CIRÚRGICO ENDOVASCULAR  
 6 - ☐ ANESTESIA  
 - ☐ TÉCNICA  
 8 - ☐ LOCAL  
 8 - ☐ SEDAÇÃO IV  
 8 - ☐ PERIDURAL  
 8 - ☐ RAQUIDIANA  
 8 - ☐ GERAL  
 8 - ☐ COMBINADAS  
 - ☐ ASA  
 8 - ☐ I PACIENTES SAUDÁVEIS  
 8 - ☐ II DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA  
 - ☐ III DOENÇA SISTÊMICA GRAVE LIMITANDO AS  
 8 ATIVIDADES  
 8 - ☐ IV DOENÇA SISTÊMICA INCAPACITANTE  
 8 - ☐ V PACIENTE MORIBUNDO

- |  |   |
|--|---|
| 6 - <input type="checkbox"/> INDICAÇÃO                           | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 7 - <input type="checkbox"/> PACIENTE ASSINTOMÁTICO              | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 8 - <input type="checkbox"/> CRESCIMENTO DO ANEURISMA            | 8 - <input type="checkbox"/> ILÍACA COMUM                                       |
| 9 - <input type="checkbox"/> EM SEIS MESES                       | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 9 - <input type="checkbox"/> EM UM ANO                           | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 9 - <input type="checkbox"/> MAIOR QUE UM ANO                    | 8 - <input type="checkbox"/> ILÍACA EXTERNA                                     |
| 8 - <input type="checkbox"/> RISCO DE RUPTURA DEVIDO AO DIÂMETRO | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> PACIENTE DE ALTO RISCO CIRÚRGICO    | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 7 - <input type="checkbox"/> PACIENTE SINTOMÁTICO                | 8 - <input type="checkbox"/> FEMORAL  |
| 8 - <input type="checkbox"/> ATEROEMBOLIA                        | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> DOR LOCAL                           | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 8 - <input type="checkbox"/> ROTURA                              | 8 - <input type="checkbox"/> POPLÍTEA   |
| 8 - <input type="checkbox"/> ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA             | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> PACIENTE DE ALTO RISCO CIRÚRGICO    | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 6 - <input type="checkbox"/> VIA DE ACESSO                       | 8 - <input type="checkbox"/> TIBIAL POSTERIOR                                   |
| 7 - <input type="checkbox"/> PUNÇÃO                              | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> AXILAR                              | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 8 - <input type="checkbox"/> OUTRA  |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 6 - <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO                                       |
| 8 - <input type="checkbox"/> BRAQUIAL                            | 7 - <input type="checkbox"/> ANGIOPLASTIA COM STENT RECOBERTO/ENDOPRÓTESE       |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 7 - <input type="checkbox"/> ANGIOPLASTIA COM STENT NÃO RECOBERTO               |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 7 - <input type="checkbox"/> EMBOLIZAÇÃO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> RADIAL                              | 8 - <input type="checkbox"/> DO ANEURISMA                                       |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 9 - <input type="checkbox"/> SIM  |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 9 - <input type="checkbox"/> NÃO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> FEMORAL                             | 8 - <input type="checkbox"/> DA ARTÉRIA NUTRIDORA                               |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 9 - <input type="checkbox"/> SIM  |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 9 - <input type="checkbox"/> NÃO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> POPLÍTEA                            | 5 - <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO  |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 6 - <input type="checkbox"/> ANESTESIA  |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 7 - <input type="checkbox"/> TÉCNICA  |
| 8 - <input type="checkbox"/> TIBIAL POSTERIOR                    | 8 - <input type="checkbox"/> LOCAL  |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 8 - <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO IV   |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 8 - <input type="checkbox"/> PERIDURAL  |
| 8 - <input type="checkbox"/> OUTRA                               | 8 - <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA   |
| 7 - <input type="checkbox"/> DISSECÇÃO                           | 8 - <input type="checkbox"/> GERAL  |
| 8 - <input type="checkbox"/> AXILAR                              | 8 - <input type="checkbox"/> COMBINADAS   |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 7 - <input type="checkbox"/> ASA  |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 8 - <input type="checkbox"/> I PACIENTES SAUDÁVEIS                              |
| 8 - <input type="checkbox"/> BRAQUIAL                            | 8 - <input type="checkbox"/> II DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA               |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 8 - <input type="checkbox"/> III DOENÇA SISTÊMICA GRAVE LIMITANDO AS ATIVIDADES |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 8 - <input type="checkbox"/> IV DOENÇA SISTÊMICA INCAPACITANTE                  |
| 8 - <input type="checkbox"/> RADIAL                              | 8 - <input type="checkbox"/> V PACIENTE MORIBUNDO                               |
| 6 - <input type="checkbox"/> INDICAÇÃO                           |   |
| 7 - <input type="checkbox"/> PACIENTE ASSINTOMÁTICO              | 9 - <input type="checkbox"/> TRONCO   |
| 8 - <input type="checkbox"/> CRESCIMENTO DO ANEURISMA            | 9 - <input type="checkbox"/> TIBIAL ANTERIOR                                    |
| 9 - <input type="checkbox"/> EM SEIS MESES                       | 9 - <input type="checkbox"/> TIBIAL POSTERIOR                                   |
| 9 - <input type="checkbox"/> EM UM ANO                           | 9 - <input type="checkbox"/> FIBULAR  |
| 9 - <input type="checkbox"/> MAIOR QUE UM ANO                    | 7 - <input type="checkbox"/> EXTRAANATÔMICA                                     |
| 8 - <input type="checkbox"/> RISCO DE RUPTURA DEVIDO AO DIÂMETRO | 8 - <input type="checkbox"/> AXILO FEMORAL                                      |
| 7 - <input type="checkbox"/> PACIENTE SINTOMÁTICO                | 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO  |
| 8 - <input type="checkbox"/> ATEROEMBOLIA                        | 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO   |
| 8 - <input type="checkbox"/> DOR LOCAL                           | 9 - <input type="checkbox"/> BIFEMORAL  |
| 8 - <input type="checkbox"/> ROTURA                              | 7 - <input type="checkbox"/> ENDARTERECTOMIA                                    |
| 8 - <input type="checkbox"/> ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA             | 7 - <input type="checkbox"/> TROMBOEMBOLLECTOMIA                                |
| 6 - <input type="checkbox"/> VIA DE ACESSO                       | 7 - <input type="checkbox"/> PROFUNDOPLASTIA                                    |
| 6 - <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO                        | 7 - <input type="checkbox"/> REIMPLANTE DE FEMORAL PROFUNDA                     |
| 7 - <input type="checkbox"/> PONTE                               | 7 - <input type="checkbox"/> ANEURISMECTOMIA                                    |
| 8 - <input type="checkbox"/> AORTO-AÓRTICO                       | 6 - <input type="checkbox"/> DETALHES DA TÉCNICA CIRÚRGICA                      |
| 9 - <input type="checkbox"/> TÓRACO ABDOMINAL                    | 7 - <input type="checkbox"/> BY PASS/PONTE                                      |
| 10 - <input type="checkbox"/> SEM REIMPLANTE DE ARTERIAS         | 8 - <input type="checkbox"/> NÃO  |
| 10 - <input type="checkbox"/> COM REIMPLANTE DE ARTÉRIAS         | 8 - <input type="checkbox"/> SIM  |
| 11 - <input type="checkbox"/> TRONCO CELÍACO                     | 9 - <input type="checkbox"/> AUTOLÓLOGO   |
| 11 - <input type="checkbox"/> MESENTÉRICA SUPERIOR               | 10 - <input type="checkbox"/> VEIA SAFENA INTERNA                               |
| 11 - <input type="checkbox"/> RENAL                              | 11 - <input type="checkbox"/> IN SITU   |
| 12 - <input type="checkbox"/> DIREITA                            | 11 - <input type="checkbox"/> EX SITU   |
| 12 - <input type="checkbox"/> ESQUERDA                           | 11 - <input type="checkbox"/> REVERSA   |
| 11 - <input type="checkbox"/> MESENTÉRICA INFERIOR               | 11 - <input type="checkbox"/> VEIA SAFENA EXTERNA                               |
| 9 - <input type="checkbox"/> ABDOMINAL INFRA RENAL               | 9 - <input type="checkbox"/> HETERÓLOGO   |
| 8 - <input type="checkbox"/> AORTO FEMORAL                       | 10 - <input type="checkbox"/> PRÓTESE VASCULAR                                  |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 11 - <input type="checkbox"/> PTFE  |
| 9 - <input type="checkbox"/> ESQUERDO                            | 12 - <input type="checkbox"/> ANELADO   |
| 8 - <input type="checkbox"/> AORTO BIFEMORAL                     | 12 - <input type="checkbox"/> NÃO ANELADO                                       |
| 8 - <input type="checkbox"/> AORTO ILÍACO                        | 11 - <input type="checkbox"/> DACROM  |
| 9 - <input type="checkbox"/> DIREITO                             | 12 - <input type="checkbox"/> COM PRATA   |
|  | 12 - <input type="checkbox"/> SEM PRATA   |

- 9 - ☐ ESQUERDO  
8 - ☐ FEMORO-FEMORAL  
9 - ☐ DIREITO  
9 - ☐ ESQUERDO  
9 - ☐ CRUZADO  
8 - ☐ AORTOMESENTÉRICO  
8 - ☐ FEMORO POPLITEA  
9 - ☐ DIREITO  
9 - ☐ ESQUERDO  
8 - ☐ FEMORO DISTAL  
8 - ☐ POPLITEO
- 5 - ☐ HIPERTENSÃO RENOVASCULAR  
6 - ☐ CLÍNICO  
7 - ☐ INDICAÇÃO  
8 - ☐ HIPERTENSÃO ESSENCIAL ASSOCIADA A ESTENOSE DE ARTERIAS RENAIAS  
8 - ☐ PIORA DA FUNÇÃO RENAL POR GLOMERULOESCLEROSE  
8 - ☐ HIPERTENSÃO ESSENCIAL ASSOCIADA A HIPERTENSÃO RENOVASCULAR  
7 - ☐ MEDICAMENTOSO  
8 - ☐ ANTIHIPERTENSIVOS  
9 - ☐ UM  
9 - ☐ DOIS  
9 - ☐ TRÊS OU MAIS  
8 - ☐ ESTATINAS  
8 - ☐ ANTIAGREGANTES  
8 - ☐ CORTICÓIDES  
6 - ☐ CIRÚRGICO ABERTO  
7 - ☐ INDICAÇÃO  
8 - ☐ DIFÍCIL CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL  
8 - ☐ PREVENÇÃO DE LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO  
7 - ☐ ASA  
8 - ☐ I PACIENTES SAUDÁVEIS  
8 - ☐ II DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA  
8 - ☐ III DOENÇA SISTÊMICA GRAVE LIMITANDO AS ATIVIDADES  
8 - ☐ IV DOENÇA SISTÊMICA INCAPACITANTE  
8 - ☐ V PACIENTE MORIBUNDO  
7 - ☐ ANESTESIA  
8 - ☐ LOCAL  
8 - ☐ SEDAÇÃO  
8 - ☐ PERIDURAL  
8 - ☐ RAQUIDIANA  
8 - ☐ GERAL  
8 - ☐ COMBINADAS  
7 - ☐ VIA DE ACESSO  
8 - ☐ INCISÃO SUPRAUMBILICAL TRANSVERSA  
8 - ☐ INCISÃO MEDIANA XIFOPÚBICA  
8 - ☐ ACESSO RETROPERITONEAL  
7 - ☐ PROCEDIMENTO  
8 - ☐ UNILATERAL  
9 - ☐ ESQUERDO  
9 - ☐ DIREITO  
8 - ☐ BILATERAL  
8 - ☐ PONTE  
9 - ☐ AORTORRENAL  
9 - ☐ ESPLENORRENAL
- 8 - ☐ SEDAÇÃO  
8 - ☐ PERIDURAL  
8 - ☐ RAQUIDIANA  
8 - ☐ GERAL  
8 - ☐ COMBINADAS  
7 - ☐ VIA DE ACESSO  
8 - ☐ PUNÇÃO  
9 - ☐ AXILAR  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ RADIAL  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ BRAQUIAL  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ FEMORAL  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA  
9 - ☐ POPLÍTEA  
10 - ☐ DIREITA  
10 - ☐ ESQUERDA
- 12 - ☐ PRÓTESE ENDOVASCULAR  
13 - ☐ STENT NÃO REVESTIDO  
13 - ☐ STENT REVESTIDO/ENDO PROTESE  
7 - ☐ TROMBOLÍTICO INTRA ARTERIAL  
7 - ☐ LIGADURA PROXIMAL E DISTAL DO ANEURISMA  
7 - ☐ ENDOANEURISMORRAFIA  
7 - ☐ SUTURA EXTERNA DO ANEURISMA  
7 - ☐ HEPATECTOMIA PARCIAL  
7 - ☐ NEFRECTOMIA  
7 - ☐ ESPLENECTOMIA  
4 - ☐ ISQUEMIA VISCERAL CRÔNICA
- 9 - ☐ HEPATORRENAL  
9 - ☐ MESENTERICORRENAL  
8 - ☐ ENDARTERCTOMIA  
9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO ÚNICO  
9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO COMPLEMENTAR  
8 - ☐ ARTERIOPLASTIA COM REMENDO  
9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO ÚNICO  
9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO COMPLEMENTAR  
8 - ☐ AUTOTRANSPLANTE  
8 - ☐ REIMPLANTE COM REMENDO DE CARRELL  
8 - ☐ DETALHES DA TÉCNICA  
9 - ☐ USO DE ENXERTO AUTÓLOGO  
10 - ☐ VEIA  
11 - ☐ SAFENA MAGNA  
11 - ☐ OUTRAS  
10 - ☐ ARTÉRIA  
11 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA INTERNA  
11 - ☐ OUTRAS  
9 - ☐ USO DE ENXERTO HETERÓLOGO  
10 - ☐ PRÓTESE VASCULAR  
11 - ☐ DACRON  
11 - ☐ PTFE  
9 - ☐ ARTERIOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA  
9 - ☐ ECOCOLORDOPPLER INTRA-OPERATÓRIO  
7 - ☐ RESULTADOS NO PÓS POS-OPERATÓRIO PRECOCE  
8 - ☐ SUCESSO TÉCNICO  
8 - ☐ COMPLICAÇÕES  
9 - ☐ OCLUSÃO  
9 - ☐ ESTENOSE  
9 - ☐ NEFRECTOMIA  
9 - ☐ ÓBITO  
6 - ☐ CIRÚRGICO ENDOVASCULAR  
7 - ☐ INDICAÇÃO  
8 - ☐ DIFÍCIL CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL  
8 - ☐ PREVENÇÃO DE LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO  
7 - ☐ ASA  
8 - ☐ I PACIENTES SAUDÁVEIS  
8 - ☐ II DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA  
8 - ☐ III DOENÇA SISTÊMICA GRAVE LIMITANDO AS ATIVIDADES  
8 - ☐ IV DOENÇA SISTÊMICA INCAPACITANTE  
8 - ☐ V PACIENTE MORIBUNDO  
7 - ☐ ANESTESIA  
8 - ☐ LOCAL

- 9 - ☐ TIBIAL POSTERIOR
  - 10 - ☐ DIREITA
  - 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ OUTRAS
- 8 - ☐ DISSECÇÃO
  - 9 - ☐ AXILAR
    - 10 - ☐ DIREITA
    - 10 - ☐ ESQUERDA
  - 9 - ☐ RADIAL
    - 10 - ☐ DIREITA
    - 10 - ☐ ESQUERDA
  - 9 - ☐ BRAQUIAL
    - 10 - ☐ DIREITA
    - 10 - ☐ ESQUERDA
  - 9 - ☐ FEMORAL
    - 10 - ☐ DIREITA
    - 10 - ☐ ESQUERDA
  - 9 - ☐ POPLÍTEA
    - 10 - ☐ DIREITA
    - 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ TIBIAL POSTERIOR
  
- 9 - ☐ DOR ABDOMINAL
- 8 - ☐ ASSINTOMÁTICO
  - 9 - ☐ INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE AORTA
- 7 - ☐ ASA
  - 8 - ☐ I PACIENTES SAUDÁVEIS
  - 8 - ☐ II DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA
  - 8 - ☐ III DOENÇA SISTÊMICA GRAVE LIMITANDO AS ATIVIDADES 8 - ☐ IV DOENÇA SISTÊMICA INCAPACITANTE
  - 8 - ☐ V PACIENTE MORIBUNDO
- 7 - ☐ ANESTESIA
  - 8 - ☐ LOCAL
  - 8 - ☐ SEDAÇÃO
  - 8 - ☐ PERIDURAL
  - 8 - ☐ RAQUIDIANA
  - 8 - ☐ GERAL
  - 8 - ☐ COMBINADAS
- 7 - ☐ VIA DE ACESSO
  - 8 - ☐ INCISÃO MEDIANA XIFOPÚBICA
  - 8 - ☐ ACESSO RETROPERITONEAL
- 7 - ☐ PROCEDIMENTO
  - 8 - ☐ PONTE
    - 9 - ☐ RETRÓGRADA
    - 9 - ☐ ANTERÓGRADA
    - 9 - ☐ AORTO-MESENTÉRICA SUPERIOR
    - 9 - ☐ AORTO-MESENTÉRICA INFERIOR
    - 9 - ☐ AORTO-CELÍACA
  - 8 - ☐ ENDARTERECTOMIA
    - 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO ÚNICO
    - 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO COMPLEMENTAR
    - 9 - ☐ AORTA
    - 9 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR
    - 9 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR
  - 9 - ☐ TRONCO CELÍACO
- 8 - ☐ ARTERIOPLASTIA COM REMENDO
  - 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO ÚNICO
  - 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO COMPLEMENTAR
  - 9 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR
  - 9 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR
  - 9 - ☐ TRONCO CELÍACO
- 8 - ☐ REIMPLANTE
- 8 - ☐ DETALHES DA TÉCNICA
  - 9 - ☐ USO DE ENXERTO AUTÓLOGO
    - 10 - ☐ VEIA
      - 10 - ☐ DIREITA
      - 10 - ☐ ESQUERDA
    - 9 - ☐ OUTRAS
- 7 - ☐ PROCEDIMENTO
  - 8 - ☐ UNILATERAL
    - 9 - ☐ DIREITO
    - 9 - ☐ ESQUERDO
  - 8 - ☐ BILATERAL
  - 8 - ☐ ARTERIOPLASTIA POR BALÃO
    - 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO ÚNICO
    - 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO COMPLEMENTAR
  - 8 - ☐ USO DE PRÓTESE ENDOVASCULAR
    - 9 - ☐ STENT REVESTIDO
    - 9 - ☐ STENT NÃO REVESTIDO
- 7 - ☐ RESULTADOS NO PÓS POS-OPERATÓRIO PRECOCE 8 - ☐ SUCESSO TÉCNICO

- 8 - ☐ COMPLICAÇÕES
- 9 - ☐ ACESSO
  - 10 - ☐ HEMATOMA
  - 10 - ☐ PSEUDO ANEURISMA
  - 10 - ☐ INFECÇÃO
  - 10 - ☐ FÍSTULA ARTERIO-VENOSA
- 9 - ☐ TÉCNICA CIRÚRGICA
  - 10 - ☐ PERFURAÇÃO ARTERIAL
  - 10 - ☐ DISSECÇÃO ARTERIAL
  - 10 - ☐ OCLUSÃO ARTERIAL
  - 10 - ☐ FALHA NA CORREÇÃO DA ESTENOSE
  - 10 - ☐ MIGRAÇÃO DO STENT
  - 10 - ☐ NEFRECTOMIA
  - 10 - ☐ ÓBITO
- 5 - ☐ ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÔNICA
- 6 - ☐ CLÍNICO
- 7 - ☐ INDICAÇÃO
- 8 - ☐ DESNUTRIÇÃO
- 8 - ☐ ARTERITE
- 7 - ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
- 8 - ☐ PRÉ- OPERATÓRIA
- 8 - ☐ PÓS- OPERATÓRIA
- 7 - ☐ CORTICÓIDES
- 6 - ☐ CIRÚRGICO ABERTO
- 7 - ☐ INDICAÇÃO
- 8 - ☐ SINTOMÁTICO
- 9 - ☐ PERDA PONDERAL
  - 11 - ☐ VEIA SAFENA MAGNA
  - 11 - ☐ OUTRAS
- 10 - ☐ ARTÉRIA
  - 11 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA INTERNA
  - 11 - ☐ OUTRAS
- 9 - ☐ USO DE ENXERTO HETERÓLOGO
- 10 - ☐ PRÓTESE VASCULAR
  - 11 - ☐ PTFE
  - 11 - ☐ DACRON
- 9 - ☐ ARTERIOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA
- 9 - ☐ ECOCOLORDOPPLER INTRA-OPERATÓRIO
- 7 - ☐ RESULTADOS NO PÓS POS-OPERATÓRIO PRECOCE 8 - ☐ SUCESSO TÉCNICO
- 8 - ☐ COMPLICAÇÕES
- 9 - ☐ OCLUSÃO
- 9 - ☐ ESTENOSE
- 9 - ☐ ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA
- 9 - ☐ ÓBITO
- 6 - ☐ CIRÚRGICO ENDOVASCULAR
- 7 - ☐ INDICAÇÃO
- 8 - ☐ SINTOMÁTICO
- 9 - ☐ PERDA PONDERAL
- 9 - ☐ DOR ABDOMINAL
- 8 - ☐ ASSINTOMÁTICO
- 9 - ☐ INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE AORTA
- 7 - ☐ ASA
- 8 - ☐ I PACIENTES SAUDÁVEIS
- 8 - ☐ II DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA
- 8 - ☐ III DOENÇA SISTÊMICA GRAVE LIMITANDO AS ATIVIDADES 8 - ☐ IV DOENÇA SISTÊMICA INCAPACITANTE
- 8 - ☐ V PACIENTE MORIBUNDO
- 7 - ☐ ANESTESIA
- 8 - ☐ LOCAL
- 8 - ☐ SEDAÇÃO
- 8 - ☐ PERIDURAL
- 8 - ☐ RAQUIDIANA
- 8 - ☐ GERAL
- 8 - ☐ COMBINADAS
- 7 - ☐ VIA DE ACESSO
- 8 - ☐ PUNÇÃO
- 9 - ☐ AXILAR
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ RADIAL
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ BRAQUIAL
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ FEMORAL
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ POPLÍTEA
- 8 - ☐ USO DE PRÓTESE ENDOVASCULAR
- 9 - ☐ STENT REVESTIDO
- 9 - ☐ STENT NÃO REVESTIDO
- 7 - ☐ RESULTADOS NO PÓS POS-OPERATÓRIO PRECOCE
- 8 - ☐ SUCESSO TÉCNICO
- 8 - ☐ COMPLICAÇÕES
- 9 - ☐ ACESSO
  - 10 - ☐ HEMATOMA
  - 10 - ☐ PSEUDO ANEURISMA
  - 10 - ☐ INFECÇÃO

- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ TIBIAL POSTERIOR
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ OUTRAS
- 8 - ☐ DISSECÇÃO
- 9 - ☐ AXILAR
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ RADIAL
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ BRAQUIAL
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ FEMORAL
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ POPLÍTEA
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ TIBIAL POSTERIOR
- 10 - ☐ DIREITA
- 10 - ☐ ESQUERDA
- 9 - ☐ OUTRAS
- 7 - ☐ PROCEDIMENTO
- 8 - ☐ ARTERIOPLASTIA POR BALÃO
- 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO ÚNICO
- 9 - ☐ COMO PROCEDIMENTO COMPLEMENTAR
- 9 - ☐ EM 1 ARTÉRIA
- 9 - ☐ EM 2 ARTÉRIAS
- 9 - ☐ EM 3 ARTÉRIAS

- 8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO
- 8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA
- 8 - ☐ OUTRAS CAUSAS
- 7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU
- 6 - ☐ 6 MESES
- 7 - ☐ CURA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ MELHORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ PIORA
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ REESTENOSE
- 7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
- 8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
- 8 - ☐ ARTERIOGRAFIA
- 8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA
- 8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA
- 7 - ☐ ÓBITO
- 8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO
- 8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA
- 8 - ☐ OUTRAS CAUSAS
- 7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU
- 6 - ☐ 12 MESES
- 7 - ☐ CURA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ MELHORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ PIORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 8 - ☐ REESTENOSE
- 7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
- 8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
- 8 - ☐ ARTERIOGRAFIA
- 8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA
- 8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA
- 7 - ☐ ÓBITO
- 8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO

- 10 - ☐ FÍSTULA ARTERIO-VENOSA
- 9 - ☐ TÉCNICA CIRÚRGICA
- 10 - ☐ PERFURAÇÃO ARTERIAL
- 10 - ☐ DISSECÇÃO ARTERIAL
- 10 - ☐ OCLUSÃO ARTERIAL
- 10 - ☐ FALHA NA CORREÇÃO DA ESTENOSE
- 10 - ☐ MIGRAÇÃO DO STENT
- 10 - ☐ ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA
- 10 - ☐ ÓBITO
- 3 - ☐ FISIOTERAPIA
- 3 - ☐ ENFERMAGEM
- 3 - ☐ NUTRIÇÃO
- 2 - ☐ EVOLUÇÃO
- 3 - ☐ MEDICINA
- 4 - ☐ ISQUEMIA VISCERAL CRÔNICA
- 5 - ☐ HIPERTENSÃO RENOVASCULAR
- 6 - ☐ 30 DIAS
- 7 - ☐ CURA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ MELHORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ PIORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 8 - ☐ REESTENOSE
- 7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
- 8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
- 8 - ☐ ARTERIOGRAFIA
- 8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA
- 8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA
- 7 - ☐ ÓBITO

- 8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA
- 8 - ☐ OUTRAS CAUSAS
- 7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU
- 6 - ☐ APÓS 12 MESES
- 7 - ☐ CURA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ MELHORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 7 - ☐ PIORA
- 8 - ☐ HIPERTENSÃO
- 8 - ☐ FUNÇÃO RENAL
- 8 - ☐ REESTENOSE
- 7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
- 8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
- 8 - ☐ ARTERIOGRAFIA
- 8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA
- 8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA
- 7 - ☐ ÓBITO
- 8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO
- 8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA
- 8 - ☐ OUTRAS CAUSAS
- 7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU
- 5 - ☐ ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÔNICA
- 6 - ☐ 30 DIAS
- 7 - ☐ MELHORA
- 8 - ☐ ASSINTOMÁTICO
- 8 - ☐ GANHO PONDERAL
- 8 - ☐ AUSÊNCIA DE REESTENOSES
- 7 - ☐ PIORA
- 8 - ☐ PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS
- 8 - ☐ REESTENOSE
- 8 - ☐ ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA
- 7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
- 8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
- 8 - ☐ ARTERIOGRAFIA
- 8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA
- 8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA
- 7 - ☐ ÓBITO
- 8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO
- 8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA
- 8 - ☐ OUTRAS CAUSAS

7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU  
6 - ☐ 6 MESES  
7 - ☐ MELHORA  
8 - ☐ ASSINTOMÁTICO  
8 - ☐ GANHO PONDERAL  
8 - ☐ AUSÊNCIA DE REESTENOSES  
7 - ☐ PIORA  
8 - ☐ PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS  
8 - ☐ REESTENOSE  
8 - ☐ ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA  
7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES  
8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER  
8 - ☐ ARTERIOGRAFIA  
8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA  
8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA  
7 - ☐ ÓBITO  
8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO  
8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA  
8 - ☐ OUTRAS CAUSAS  
7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU  
6 - ☐ 12 MESES  
7 - ☐ MELHORA  
8 - ☐ ASSINTOMÁTICO  
8 - ☐ GANHO PONDERAL  
8 - ☐ AUSÊNCIA DE REESTENOSES  
7 - ☐ PIORA  
8 - ☐ PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS  
8 - ☐ REESTENOSE  
8 - ☐ ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA  
7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES  
8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER  
8 - ☐ ARTERIOGRAFIA  
8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA  
8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA  
7 - ☐ ÓBITO  
8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO  
8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA  
8 - ☐ OUTRAS CAUSAS  
7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU  
6 - ☐ APÓS 12 MESES  
7 - ☐ MELHORA  
8 - ☐ ASSINTOMÁTICO  
8 - ☐ GANHO PONDERAL

8 - ☐ AUSÊNCIA DE REESTENOSES  
7 - ☐ PIORA  
8 - ☐ PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS  
8 - ☐ REESTENOSE  
8 - ☐ ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA  
7 - ☐ EXAMES COMPLEMENTARES  
8 - ☐ ECOCOLORDOPPLER  
8 - ☐ ARTERIOGRAFIA  
8 - ☐ ANGIORRESSONÂNCIA  
8 - ☐ ANGIOTOMOGRAFIA  
7 - ☐ ÓBITO  
8 - ☐ RELACIONADO AO TRATAMENTO  
8 - ☐ RELACIONADO A DOENÇA  
8 - ☐ OUTRAS CAUSAS  
7 - ☐ PACIENTE NÃO COMPARECEU  
3 - ☐ FISIOTERAPIA  
3 - ☐ ENFERMAGEM  
3 - ☐ NUTRIÇÃO

**ANEXO A- TERMO DE CONCESSÃO DE DIREITO DE USO DO SINPE®*****Contrato de licença de uso do software Sinpe®***  
(IMPORTANTE E LEIA COM ATENÇÃO)

Este é um contrato de licença de usuário final para o software Sinpe® - Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos. Este contrato representa um acordo legal firmado em 02/01/2009, entre **FABIANO LUIZ ERZINGER**, portador do CPF **866785589-87** doravante designado neste contrato como CONTRATADO e Osvaldo Malafaia, brasileiro, casado, portador do CPF 007.016.709-59 doravante designado CONTRATANTE.

Ao utilizar o software Sinpe®, seja por qualquer meio ou dispositivo o CONTRATADO estará concordando com este contrato. Caso não concorde poderá devolvê-lo.

**Licença do Software**

O Sinpe® é protegido por leis e tratados internacionais. Ele é licenciado e não vendido. Este documento é um contrato completo entre o CONTRATADO e o CONTRATANTE relativo ao uso do software Sinpe®. Ele prevalece sobre quaisquer comunicações, propostas ou representações orais ou escritas, anteriores ou contemporâneas e sempre as informações deste contrato devem prevalecer.

**1. Concessão de licença**

Esta seção descreve os direitos concedidos ao instalar e utilizar o software.

1.1. O CONTRATADO poderá instalar e utilizar o software em um único computador.

1.2. A licença do Sinpe® não pode ser compartilhada ou cedida pelo CONTRATADO.

1.3. O CONTRATADO não pode utilizar o Sinpe® para criar trabalhos que irão ferir, de maneira direta ou indireta, leis locais ou internacionais, a integridade de pessoas e empresas.

1.4. O CONTRATADO se compromete a utilizar o Sinpe® somente para fins de pesquisa científica e ceder (como contrapartida do uso do software) a propriedade intelectual dos protocolos construídos utilizando o Sinpe® ao CONTRATANTE, desde que o Sinpe® tenha sido fornecido gratuitamente para este fim.

1.5. O CONTRATADO se compromete a construir protocolos utilizando extensa pesquisa bibliográfica sobre o assunto ao qual se propõe sob a orientação do CONTRATANTE e que estes protocolos não representem, mesmo que de modo inadvertido, conhecimento falacioso.

1.6. Caso ocorra alguma infração nos itens 1.3, 1.4 e 1.5 mesmo que inadvertidamente, o CONTRATADO assumirá as responsabilidades por seus atos



e irá defender e ressarcir o CONTRATANTE de quaisquer acusações ou prejuízos financeiros.

1.7. O CONTRATADO deverá indenizar, isentar de responsabilidade e defender o CONTRATANTE de e contra quaisquer reivindicações ou ações judiciais, incluindo honorários advocatícios que decorram ou resultem do mau uso do Sinpe®.

1.8. O CONTRATADO concorda que o Sinpe® poderá enviar informações sobre a instalação e código de ativação programa através da Internet ou outro meio de comunicação e nenhuma informação pessoal (dados do usuário ou dados de paciente) será enviada.

1.9. Todos os direitos que não estejam expressamente concedidos são reservados ao CONTRATANTE.

## **2. Outros direitos e limitações**

2.1. É possível que o Sinpe® seja provido de tecnologia de proteção contra cópia para impedir a reprodução não autorizada e é ilegal fazer cópias não autorizadas do Software ou ignorar qualquer tecnologia de proteção contra cópia contida nele.

2.2. É proibido realizar engenharia reversa, descompilação ou desmontagem do Sinpe® ou de qualquer parte que seja fornecido juntamente com ele (como bancos de dados e núcleo), exceto e somente na medida em que esta atividade seja expressamente permitida pela legislação aplicável, não obstante tal limitação.

2.3. O Sinpe® é licenciado como um único produto e seus componentes não podem ser separados para o uso em mais de um dispositivo.

2.4. Este contrato não outorga ou atribui qualquer direito de exploração comercial ou de serviços do Sinpe® e nem atribui direitos relativos às marcas comerciais ou de serviços do CONTRATANTE.

2.5. É proibido arrendar ou alugar o Sinpe®.

2.6. O CONTRATANTE poderá lhe fornecer recursos de suporte ao Sinpe® como correção de eventuais *bugs* e fornecimento de documentação para o usuário final.

2.7. Caso o CONTRATADO não cumpra os termos aqui contidos, o CONTRATANTE poderá rescindir este contrato sem qualquer prejuízo ou perda de direitos e no caso de uma rescisão o CONTRATADO deverá destruir todas as cópias do Sinpe® e seus componentes.

2.8. Os trabalhos científicos resultantes da utilização do Sinpe®, quer na forma de apresentação oral quer na impressa, deverão incluir como co-autores os nomes de Osvaldo Malafaia e José Simão de Paula Pinto, citando no capítulo de material e métodos ou equivalente esta concessão de uso.

## **2. Exclusão de danos incidentais, consequenciais e outros**

Na extensão máxima permitida pela legislação aplicável, em hipótese alguma o CONTRATANTE ou seus fornecedores serão responsáveis por qualquer dano especial, incidental, indireto ou consequencial. Estão aqui incluídos danos por lucros cessantes, ou por perda de informações confidenciais ou outras; por interrupção nos negócios; por danos pessoais; por perda de privacidade; por falha no cumprimento de qualquer obrigação, inclusive de boa fé e com cuidados razoáveis; por negligência e por perda financeira de qualquer natureza. Estes fatos podem ser decorrentes de qualquer forma de relacionamento ao uso ou à incapacidade de utilizar o software; ao fornecimento ou falha no fornecimento de serviços de suporte ou de outro modo sob ou com relação a qualquer disposição deste contrato - mesmo que haja falha, ato ilícito (inclusive negligências) -; responsabilidade restrita; quebra de contrato ou de garantia pelo CONTRATANTE ou qualquer fornecedor, mesmo que o CONTRATANTE ou qualquer fornecedor tenha sido alertado sobre a possibilidade de tais danos.

Curitiba,

02/01/2009

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE  
Osvaldo Malafaia

\_\_\_\_\_  
CONTRATADO  
FABIANO LUIZ ERZINGER

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

**ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA**

Curitiba, 03 de dezembro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Fabiano Luiz Erzinger**  
Neste

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANEURISMÁTICAS", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião extraordinária realizada no dia 01 de dezembro de 2008. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

**CAAE: 0306.0.208.000-08**  
**CEP: 1833.250/2008-12**

**Data para entrega do primeiro relatório: 03 de junho de 2009.**

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

**Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR